Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

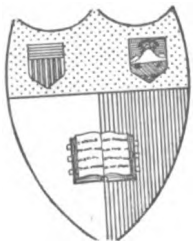
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

HD
7177
A66+
v. 34



Cornell University Library
Ithaca, New York

BOUGHT WITH THE INCOME OF THE
SAGE ENDOWMENT FUND
THE GIFT OF
HENRY W. SAGE
1891

Digitized by Google

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 093 413 114

Digitized by Google

Digitized by Google

A. 54.770

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1159 der ganzen Folge

34. Jahrgang | 2. Januar 1917 | Heft 1

Invalidenversicherung der im Feldeisenbahnwesen tätigen Personen.*)

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg im Großh.

Es ist zweifelhaft geworden, ob die bei den Feldeisenbahnen tätigen Personen der Versicherungspflicht unterliegen oder ob ihnen diese Dienstzeit nach § 1393 RVO. angerechnet wird, ohne daß Beiträge zu entrichtet werden brauchen. Es kommen hier zunächst folgende Bestimmungen der Wehrordnung in Betracht.**)

Die zu einem geordneten und gesicherten Betriebe der Eisenbahn unbedingt erforderlichen Beamten und ständigen Arbeiter werden vom Waffendienst zurückgestellt (§ 125 Nr. 3 WO.). Zu dem Eisenbahnpersonal, das hiernach vom Waffendienst zurückzustellen ist, gehören u. a. das Verwaltungs- und Expeditionspersonal, das Fahrpersonal und ständige Eisenbahnarbeiter (§ 128 Nr. 1 a. a. O.). Die Zurückstellung des zum Waffendienst nicht heranzuziehenden dienstpflichtigen Eisenbahnpersonals ist im Januar jeden Jahres unter Übersendung einer Gesamtliste und einer Bescheinigung über die Anstellung im Eisenbahndienst für jeden einzelnen durch die Bahnverwaltungen bei den Bezirkskommandos zu beantragen (§ 128 Nr. 3 a WO.). Auf die Bescheinigung über die Anstellung im Eisenbahndienst setzt dann das Bezirkskommando den Vermerk: „Inhaber ist, sofern er im Eisenbahndienst verbleibt, bis zum 1. April . . . vom Waffendienst zurückgestellt" (Muster 22 zu § 128 WO.).

Die in dieser Weise Zurückgestellten brauchen sich also bei der Mobilmachung nicht zur Fahne zu melden. Nach § 28 Abs. 3 des Kriegsleistungsgesetzes vom 13. Juni 1873 (RGBl. S. 129) ist aber jede Eisenbahnverwaltung verpflichtet, ihr Personal herzugeben. Nach Nr. 14 Abs. 3 der Verordnung betreffend Ausführung des Kriegsleistungsgesetzes vom 1. April 1876 (RGBl. S. 173) setzt das Reichseisenbahnamt den Maßstab fest, nach welchem die Eisenbahnverwaltungen ihr Personal auf Erfordern herzugeben haben. Die Hergabe selbst erfolgt nach Bedarf auf direkte Anforderung der vom Kaiser hierzu bestimmten Militärbehörde. Letztere hat das Reichseisenbahnamt und dieses die einzelnen Landesregierungen darüber auf dem Laufenden zu erhalten, welches Personal durch die Militärbehörde angefordert worden ist. Die Mannschaften werden nur summarisch verteilt. Die Auswahl und die Bezeichnung der einzelnen Leute bleibt den Bahnverwaltungen überlassen. Es dürfen jedoch nur Personen ausgewählt werden,

*) Im nächsten Heft bringen wir einen Aufsatz von Herrn Ministerialrat Dr. Reindl in München, der die in Betracht kommenden Fragen zum Teil auch noch in anderer Richtung erörtert.

**) WO. = Wehrordnung; MEO. = Militäreisenbahnordnung Teil II D.

Digitized by Google

welche für die bezeichneten Stellen völlig geeignet sowie felddienstfähig sind (§ 127 Nr. 3 WO.). Die durch das Reichseisenbahnamt festzustellende vorläufige Grenze für die Hergabe von Personal ist derart zu bemessen, daß auf den Eisenbahnstrecken entsprechend ihrer Bedeutung für den öffentlichen Verkehr zur Zeit des Krieges der notdürftigste Betrieb noch aufrechterhalten werden kann. Das Reichseisenbahnamt teilt zum 1. Oktober jeden Jahres die hiernach für den Fall des Krieges vom 1. April des nächsten Jahres an gültige Feststellung dem Chef des Generalstabes der Armee und den Eisenbahnverwaltungen mit. Innerhalb der festgesetzten Grenzen verfügen die Militärbehörden über die Heranziehung unmittelbar an die Eisenbahnverwaltungen. Ist das Bedürfnis innerhalb der festgesetzten Grenzen nicht zu decken, so hat das Reichseisenbahnamt diese auf Antrag des Chefs des Generalstabes der Armee im Frieden, dem Chef des Feldeisenbahnwesens im Kriege zu erweitern (§ 2 MEO.).

Das militärpflichtige Eisenbahnpersonal wird nach § 127 WO. zum Dienst bei den Feldeisenbahnformationen herangezogen und kommt auf das herzugebende Personal in Anrechnung. In erster Linie sind militärdienstpflichtige Mannschaften zu stellen. Erst wenn auch nach anderweiter Verteilung der Bedarf durch militärdienstpflichtiges Personal nicht gedeckt werden kann, sind die Eisenbahnverwaltungen ermächtigt, an Stelle militärpflichtiger Mannschaften nicht militärdienstpflichtiges, indessen völlig geeignetes Personal der entsprechenden Berufsklasse zu stellen, *das sich freiwillig zum Dienst bereit erklärt hat* (§ 3 MEO.). Die Eisenbahnverwaltungen sorgen für die Gestellung des Personals in der vorgeschriebenen Zahl und von genügender Befähigung für die bezeichneten Dienststellen aus den bereits in gleicher oder ähnlicher Tätigkeit bewährten Bediensteten. Ein hiermit beauftragter Beamter der Eisenbahnverwaltung übergibt das zu gestellende Personal an den Bahnhofskommandanten des Gestellungsortes oder einem Beauftragten der Linienkommandantur (§ 4 MEO.). Bei der Verwendung der so gestellten Personen ist ihre frühere Dienstellung nach Möglichkeit zu berücksichtigen (§ 6 MEO.).

Das zum Feldeisenbahnwesen herangezogene militärdienstpflichtige Personal gehört für die Dauer der militärischen Dienstleistungen zu den Personen des Soldatenstandes. Die überwiesenen nicht militärdienstpflichtigen Personen werden durch schriftliche Verfügung unter ausdrücklichem Vorbehalt des Widerrufs als obere oder untere Militärbeamte angestellt und, soweit sie nicht bereits Reichsbeamte sind, eidlich verpflichtet. Die überwiesenen Personen werden nach Bedarf den Militäreisenbahnformationen zugeteilt, und soweit diese mobile sind, in deren Kriegsstammrolle aufgenommen (§ 5 MEO.). Das nicht militärdienstpflichtige Personal untersteht in disziplinarischer Hinsicht den allgemeinen Vorschriften für die Militärbeamten (§ 4 MEO.). Das in dieser Weise hergegebene Personal erhält also nicht die Löhnung der Soldaten. Es trägt auch nicht die Uniform der Soldaten, sondern Eisenbahneruniform.

Für die Beurteilung der Frage, ob das zum Feldeisenbahnwesen herangezogene Personal der Invalidenversicherungspflicht unterliegt oder ob diese Zeit als Militärdienst nach § 1393 RVO. angerechnet wird, ist zwischen dem militärdienstpflichtigen und nicht militärdienstpflichtigen Personal zu unterscheiden. Das militärdienstpflichtige Personal gehört nach der ausdrücklichen Vorschrift des § 5 MEO. für die Dauer der militärischen Dienstleistungen zu den Personen des Soldatenstandes. Personen des Soldatenstandes sind nach § 1235 Nr. 2 RVO. versicherungsfrei, wenn sie eine der im § 1226 bezeichneten Tätigkeiten im Dienst ausüben. Das trifft zu für die bei den Feldeisenbahnen tätigen Eisenbahner. Sie sind also von der Invalidenversicherungspflicht auch dann ausgenommen, wenn sie nicht schon als Eisenbahnbeamte versicherungsfrei waren, sondern bisher der Invalidenversiche-

Digitized by Google

rungspflicht unterlagen. Nach § 1393 RVO. werden als Beitragswochen diejenigen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte zur Erfüllung seiner Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten eingezogen gewesen ist oder in denen er in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat. Ob die bei den Feldeisenbahnen tätigen Eisenbahner durch diesen Dienst ihrer Wehrpflicht genügen, ist zweifelhaft. Sie werden nicht von einer Militärbehörde eingezogen, sondern von der Zivil-Eisenbahnverwaltung für diese Dienste bestimmt. Es kann auch nicht angenommen werden, daß sie verpflichtet sind, dem Rufe der Eisenbahnverwaltung Folge zu leisten. Denn die Eisenbahnarbeiter stehen in einem freien Vertragsverhältnis zu der Eisenbahnverwaltung und brauchen nicht Arbeiten zu übernehmen, zu denen sie sich nicht verpflichtet haben. Würde ein Eisenbahnarbeiter sich weigern, diese Tätigkeit bei der Feldeisenbahn anzunehmen, so könnte die Eisenbahnverwaltung ihn nur der Militärbehörde zur Verfügung stellen und diese könnte ihn dann als Soldat einziehen. Indessen braucht die Zweifelsfrage nicht entschieden zu werden, da es sich sicher um freiwillige militärische Dienstleistungen handelt. Daß die Tätigkeit im Feldeisenbahnwesen als militärische Dienstleistung gilt, wird im § 5 MEO. ausdrücklich gesagt. Hiernach ist die Dienstzeit nach § 1393 RVO. anrechnungsfähig. Die Anrechnung erfolgt nicht nur bei den bisher versicherungspflichtigen Eisenbahnarbeitern, sondern nach § 1 der Bekanntm. v. 23. Dezember 1915 auch bei den von der Versicherungspflicht ausgenommenen Eisenbahnbeamten, wenn diese sich freiwillig weiterversichert haben oder wenn ihre Anwartschaft noch nicht erloschen ist.

Was nun die von den Eisenbahnverwaltungen hergegebenen nicht militärdienstpflichtigen Personen anlangt, so ist von folgenden Erwägungen auszugehen. Die Militärpersonen zerfallen in die Personen des Soldatenstandes und die Militärbeamten (zu vgl. § 4 MilStrGB. und das diesem Gesetz als Anlage beigegebene Verzeichnis der Militärpersonen). Die nicht militärdienstpflichtigen, im Feldeisenbahnwesen tätigen Eisenbahner sind, wie oben dargelegt, nicht Personen des Soldatenstandes, sondern Militärbeamte. Sie sind also durch § 1235 Abs. 2 RVO. von der Versicherungspflicht nicht ausgenommen. Nach § 1234 RVO. sind versicherungsfrei die in Betrieben des Reichs tätigen Personen, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse sowie auf Witwenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse und auf Waisenrente gewährleistet ist. Reichsbeamte haben einen Anspruch auf Ruhegeld erst nach einer Dienstzeit von 10 Jahren (§ 34 des Reichsbeamtenges. v. 18. 5. 07, RGBl. S. 245); dabei rechnet die Dienstpflicht vom Tage der ersten eidlichen Verpflichtung für den Reichsdienst (§ 45 a. a. O.); nur wenn die Dienstunfähigkeit die Folge einer Krankheit, Verwundung oder sonstigen Beschädigung ist, welche der Beamte bei Ausübung des Dienstes oder aus Veranlassung desselben ohne eigenes Verschulden sich zugezogen hat, tritt der Anspruch auf Ruhegeld auch bei kürzerer als zehnjähriger Dienstzeit ein (§ 36 a. a. O.). Die Hinterbliebenen von Beamten haben Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung nur dann, wenn dem Beamten zur Zeit seines Todes ein Anspruch auf Ruhegeld zugestanden hätte (§ 1 des Beamten-Hinterbliebenenges. v. 17. 5. 07, RGBl. S. 208). Nun ist es zwar für die Anwendung des § 1234 RVO. nicht erforderlich, daß der Beamte im Falle seiner Dienstuntauglichkeit sofort einen Anspruch auf Ruhegeld zu fordern haben würde. Vielmehr ist auch derjenige versicherungsfrei, der eine an sich mit Ruhegeldberechtigung ausgestattete Stelle bekleidet, aber den zugesicherten Anspruch auf Ruhegeld erst durch Zurücklegung einer längeren Dienstzeit zu erwerben hat. Dennoch befreit meines Erachtens diese Bestimmung die als Militärbeamte im Feldeisenbahnwesen angestellten Eisenbahnarbeiter nicht von der Versicherungspflicht. Sie

Digitized by Google

werden nur für die Dauer des Krieges als Militärbeamte bestellt und werden nach Beendigung des Krieges ihren Eisenbahnverwaltungen zurückgegeben, wo sie dann weiter als Arbeiter versicherungspflichtig tätig sind. Es entspricht nicht dem regelmäßigen Laufe der Dinge, daß diese Personen einen Anspruch auf Ruhegehalt erwerben. Im Gegenteil ist es die Regel, daß sie einen solchen Anspruch nicht erwerben, weil mit einer zehnjährigen Dauer eines Krieges im allgemeinen nicht gerechnet werden darf. Hiernach haben diese Personen Aussicht auf Ruhegehalt nur für den Fall, daß sie infolge Dienstbeschädigung dienstuntauglich werden. Eine solche Anwartschaft auf Ruhegehalt für einen besonderen Fall reicht aber für die Anwendung des § 1234 RVO. nicht aus; es muß eine Anwartschaft auf Versorgung für alle Fälle der Dienstuntauglichkeit bestehen. Aus demselben Grunde tritt Befreiung von der Versicherungspflicht auch nicht deshalb ein, weil diese Personen unter Umständen Anspruch auf Versorgung im Falle der Dienstbeschädigung nach dem Ges. v. 31. 5. 06 über die Pensionierung der Offiziere usw. (RGBl. S. 565) haben. Das Reichsversicherungsamt hat deshalb auch die Versicherungspflicht der im Dienste der freiwilligen Krankenpflege im Kriege gegen Entgelt tätigen Schwestern anerkannt, obwohl diese einen ähnlichen Anspruch auf Versorgung für den Fall der Dienstbeschädigung auf Grund des § 44 des Mannschaftversorgungsges. v. 31. 5. 06 (RGBl. S. 593) haben.

Das Reichsversicherungsamt hat dahin entschieden, daß die auf Grund des Gesetzes für die Kriegsleistungen von den Gemeinden der Militärverwaltung zur Verfügung gestellten Befestigungsarbeiter nicht invalidenversicherungspflichtig seien (Entsch. 2241 v. 17. Juni 16, Amtl. Nachr. 1916 S. 598). Dieser Grundsatz gilt für die auf Grund desselben Gesetzes von den Eisenbahnverwaltungen der Militärverwaltung zur Verfügung gestellten Personen nicht. Jene Entscheidung ist damit begründet, daß die von der Gemeinde gestellten Personen auf Grund des genannten Gesetzes verpflichtet seien, der Anordnung der Gemeinde zur Leistung der Dienste nachzukommen. Es handle sich also um eine öffentlich-rechtliche Pflicht, die mit der allgemeinen Wehrpflicht zu vergleichen sei. Für das Eisenbahnpersonal besteht keine Verpflichtung, den Anordnungen der Eisenbahnverwaltung, in den Feldeisenbahndienst einzutreten, Folge zu leisten. Das Kriegsleistungsgesetz begründet eine solche Verpflichtung nicht und nach der Militäreisenbahnordnung dürfen nur solche militärdienstpflichtige Personen überwiesen werden, die sich freiwillig zum Dienst bereit erklärt haben. Hiernach sind meines Erachtens die im Feldeisenbahnwesen tätigen, von den Eisenbahnverwaltungen hergegebenen nicht militärdienstpflichtigen Personen grundsätzlich versicherungspflichtig, soweit die sonstigen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht vorliegen, insbesondere also, soweit sie nicht schon im Zivileisenbahndienst auf Grund des § 1234 RVO. von der Versicherungspflicht ausgenommen waren.

Es könnte nur in Frage kommen, ob für diese nicht militärdienstpflichtigen, an sich versicherungspflichtigen Personen die Dienstzeit nach § 1393 RVO. in Anrechnung gebracht werden kann, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Diese Frage ist zu verneinen, denn § 1393 gilt nur für Personen des Soldatenstandes (Entsch. des RVA. v. 12. Februar 1916 Ziff. 2187, 2188, Amtl. Nachr. 1916 S. 438, 440; Arch. 1916 S. 51, 90). Die den Feldeisenbahnen überwiesenen, nicht militärdienstpflichtigen Personen sind aber, wie dargelegt nicht Personen des Soldatenstandes, sondern Militärbeamte.

Die im Feldeisenbahnwesen tätigen Personen werden hauptsächlich im besetzten Auslande beschäftigt. Im Auslande beschäftigte Personen unterliegen in der Regel dem Versicherungszwange nicht. Eine Tätigkeit im Auslande kann aber nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts je nach Lage des Falles als Teil, Zubehör, Fortsetzung oder Ausstrahlung eines inländischen Be-

Digitized by Google

triebes, die beschäftigten Personen können also gewissermaßen als im Inlande beschäftigt angesehen werden. Das Reichsversicherungsamt hat weiter angenommen, daß es sich um eine solche Ausstrahlung da handelt, wo das Personal der freiwilligen Krankenpflege unter einheitlicher Oberleitung in das besetzte Ausland ausgesandt ist, je nach Bedarf in das Heimatsgebiet zurückgenommen oder in andere Teile der Etappen versetzt werden kann, auch in Lazarettzügen den Aufenthalt zwischen Ausland und Inland ständig wechselt (vgl. die erwähnte Entsch. 2188). Genau so liegen die Verhältnisse bei den im Feldeisenbahnwesen tätigen Personen. Sie gelten also als im Inlande beschäftigt.

Zweifelhaft kann ferner sein, zu welcher Landesversicherungsanstalt die Beiträge zu entrichten sind. Verpflichtet zur Leistung der Beiträge ist nicht die Zivileisenbahnverwaltung, sondern die Militärverwaltung. Nach § 1330 RVO. sind, wenn ein Betrieb, der seinen Sitz im Inlande hat, vorübergehend Personen im Auslande beschäftigt, Beiträge der Landesversicherungsanstalt des Betriebssitzes zu leisten. Diese Bestimmung greift hier Platz. Das Feldeisenbahnwesen ist in der Militärtransportordnung geregelt (RGBl. 99 S. 15). Ich möchte annehmen, daß das Feldeisenbahnwesen sich als einheitlicher Betrieb darstellt, so daß Marken der Landesversicherungsanstalt Berlin zu verwenden sind.

Teuerungszulagen zum Krankengeld aus der Rücklage.

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Die durch den Krieg hervorgerufene Verteuerung des Lebensunterhalts hat in den meisten Familien der Arbeiter und Angestellten einen Notstand hervorgerufen. Man sucht ihn allgemein durch Bewilligung von Teuerungszulagen, Gewährung und Erhöhung der öffentlichen Unterstützungen und ähnliche Maßnahmen zu bekämpfen. Wenn aber diese Hilfe schon gegenüber denjenigen Personen nötig ist, die durch ihre Beschäftigung ein geregeltes Einkommen haben oder die wenigstens sich ein solches verschaffen können, so muß sie erst recht hinsichtlich jener als unerläßlich bezeichnet werden, die hierzu nicht in der Lage sind: den erwerbsunfähig Kranken. Das Krankengeld ist mit der Hälfte des durchschnittlichen Tagelohnes (die es aber infolge der Art seiner Berechnung, insbesondere der Begrenzung nach oben, vielfach nicht erreicht) schon für Friedenszeiten nicht ausreichend, geschweige denn für die gegenwärtige Zeit der Teuerung. In besonderem Maße ist es unzulänglich für die Väter kinderreicher Familien.

Es ist daher in neuester Zeit mehrfach der Gedanke erörtert worden, ob hier nicht durch außergewöhnliche Zulagen der Not gesteuert werden kann. So erörtert Landesrat Seelmann in der „Ortskrankenkasse" 1916 S. 398 die Frage: „Darf die Kassensatzung kinderreichen Versicherten ein erhöhtes Krankengeld und Hausgeld zubilligen?" und kommt dabei zu einer Bejahung. Das Gesetz bestimme in gewissen Fällen bei der Festsetzung der Regelleistungen und der Zulassung von Mehrleistungen, daß auf die Familienverhältnisse des Versicherten Rücksicht genommen werden darf. Die Erhöhung des Krankengeldes und Hausgeldes sei in das freie Ermessen der Kassenorgane gestellt. Selbstverständlich dürfe die Zubilligung nicht in das Belieben des Kassenvorstandes gestellt werden, sondern müsse die Satzung bestimmen, wie das Krankengeld im einzelnen Falle zu bemessen ist. Auch andere Schriftsteller und Kassenvorstände haben sich schon mit der Frage beschäftigt.

Zu einer praktischen Lösung der Frage ist

Digitized by Google

man in Leipzig gekommen. Der Vorstand der Ortskrankenkasse für diese Stadt hatte dem Ausschuß folgenden Antrag vorgelegt: „Zur Milderung des durch die bestehende Teuerung hervorgerufenen Notstandes wird den erwerbsunfähig Kranken mit Wirkung vom 1. Januar 1917 an bis auf jederzeitigen Widerruf des Kassenvorstandes oder der Aufsichtsbehörde, längstens jedoch für die Dauer des gegenwärtigen Krieges, auf je sechs vollendete Krankentage, für die Krankengeld gezahlt wird, ein gleichmäßiger Zuschlag von 2 ℳ aus den Reservemitteln der Kasse gewährt. Im Sinne dieser Bestimmung gilt Wöchnerinnenunterstützung als Krankengeld."

Der Kassenausschuß nahm diesen Beschluß einstimmig an. Das Oberversicherungsamt, mit dem schon vorher Verhandlungen gepflogen worden waren, hat, vorbehaltlich instanzieller Entschließung, die Genehmigung dieses Krankengeldzuschlages bereits zugesagt. In der rechtlichen Form wird die Einrichtung in einen Nachtrag zur Kassensatzung gekleidet. Die Ortskrankenkasse Leipzig hat zwar einen Reservefonds von reichlich vier Millionen Mark, doch besaß sie auch vor dem Kriegsausbruch eine Mitgliederzahl von rund 200 000 und zeigt in ihrem Bericht auf das Jahr 1915 eine Gesamtausgabe von über sieben Millionen Mark. Jedenfalls hat auch sie die gesetzliche Höhe der Rücklage noch bei weitem nicht erreicht. Auch der Ausschuß der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Halle a. S. faßte in seiner letzten Sitzung den Beschluß, den Vorstand zu ersuchen, zu prüfen, ob eine Erhöhung des Krankengeldes für jeden Krankengeldtag (also in jeder Lohnklasse) um 25 ₰ durchführbar und ob die behördliche Genehmigung dazu erreichbar sei. Die Gewährung von Zuschüssen nur an die Mitglieder, die Kinder zu erhalten haben, halten wir mit Seelmann und zwar auch auf dem vorstehend bezeichnetem Wege für angängig.

In Königsberg schlug der Vorstand der Ortskrankenkasse dem Ausschuß vor, wegen der Teuerung das Krankengeld um ein Zwanzigstel des Grundlohnes zu erhöhen. Der Ausschuß stimmte dem zu, hielt aber, nach Zeitungsberichten, eine Satzungsänderung nicht für nötig, da es sich nur um eine vorübergehende Leistung für die Dauer des Krieges handelt. Der Vorstand will nun seinen Beschluß dem Versicherungsamt zur Genehmigung vorlegen. — Nun kann allerdings eingewendet werden, daß diese Beihilfen im Verhältnis zur eingetretenen Verteuerung des Lebensunterhalts wenig bedeuten wollen. Das mag richtig sein; jedenfalls sind sie aber besser wie gar nichts. Bei den gegenwärtigen Zeiten zählt im Arbeiterhaushalt jeder Pfennig erst recht. Auch der geringste Zuschuß erhöht die Möglichkeit, kräftigende Nahrungsmittel zu kaufen und dadurch dazu beizutragen, die Krankheit zu verkürzen. Eine Wirkung, die selbst wieder im Interesse der Kasse liegt.

Da wohl keine Kasse solche außerordentlichen Zuschläge aus den laufenden Mitteln bestreiten kann, ist die Frage von Bedeutung, ob und inwieweit die Rücklage hierzu in Anspruch genommen werden darf. Über den Zweck der Rücklage steht in der Reichsversicherungsordnung nichts geschrieben; auch die Gesetzesbegründungen enthalten so gut wie keine Angaben darüber. Alle Gesetzesausleger stimmen darin überein, daß die Rücklage für Fälle außerordentlichen Bedarfs, für eine vorübergehende erhebliche Steigerung der Ausgaben usw. vorhanden ist. Seither hat man allerdings vorzugsweise an Seuchen gedacht. Seither lag noch kein Anlaß vor, die Frage, für welche Fälle die Rücklage in Anspruch genommen werden kann, eingehend zu erörtern und zu klären. Einstimmigkeit dürfte darüber herrschen, daß die Rücklage auch dann in Anspruch genommen werden kann, wenn sie die gesetzliche Höhe noch nicht erreicht hat und zwar auch vorübergehend zur Bestreitung von Mehrleistungen, nicht nur der Regelleistungen.

Es läßt sich sehr wohl die Anschauung rechtfertigen, daß die durch die Teuerung hervorgerufene Notlage ein Vorgang ist, der eine Inanspruchnahme der Rücklage rechtfertigt.

Digitized by Google

Zu den „Fällen außerordentlichen Bedarfs" müssen auch solche wirtschaftlicher Art gerechnet werden. Die Möglichkeit, daß verheerende Seuchen auftreten, ist in unserer Zeit mit ihren mannigfachen hygienischen und sanitären Einrichtungen ausgeschlossen. Wenn gegenwärtig nicht der Zugriff gerechtfertigt ist, wann soll es denn sein? In einem Orte hatte die Polizeibehörde die Verordnung erlassen, daß immer mindestens eine Droschke auf dem Bahnhofsvorplatz zu halten habe. Als sie eines schönen Tages auch dastand und ein Reisender, der es sehr eilig hatte, befördert sein wollte, antwortete der Kutscher: „Das geht nicht, bei uns besteht die Einrichtung, daß immer eine Droschke hier sein muß." So ungefähr wäre die Sachlage auch, wenn man jetzt ablehnen wollte, den Reservefonds anzugreifen. Besteht doch die Möglichkeit, bei wirklich ernster Gefahr für die Geldverhältnisse der Kasse die Zulage jederzeit wieder aufzuheben. Es mag sein, daß nach Beendigung des Krieges die Kassen mit einer größeren Belastung durch die zurückkehrenden, vielfach in ihrer Gesundheit geschädigten Kriegsteilnehmer zu rechnen haben. Aber auch hier wird wieder Rat werden. Es sei daran erinnert, daß der Ortskrankenkassenverband an die Reichsregierung mit dem Ersuchen herangetreten ist, für die Aufwendungen an die Kriegsbeschädigten einen Ersatz zu leisten. Dieses Verlangen ist bis jetzt noch nicht gänzlich abgelehnt worden.

Bei Ausbruch des Krieges wurde mit einer Gefährdung der Geldverhältnisse der Krankenkassen gerechnet, weshalb das Gesetz vom 4. August 1914 betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen erging. Die Befürchtungen sind nicht eingetroffen; viele Kassen haben sich im Gegenteil in der erfreulichsten Weise finanziell gekräftigt. Diese Kassen sollten es als eine moralische Pflicht ansehen, dem Kriege, der sie gestärkt hat, ihren Tribut dadurch zu entrichten, daß sie eine Ausgestaltung der Leistungen, vor allem eine Erhöhung des Krankengeldes in dem hier besprochenen Sinne vornehmen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Gehaltsanspruch eines zum Heeresdienst eingezogenen Angestellten.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 29. Mai 1916 (2901 Amtl. Nachr. 1916 S. 668).

Mit dem Beschwerdeführer ist ein schriftlicher Anstellungsvertrag, wie ihn § 692 RVO., § 4 der Dienstordnung der Berufsgenossenschaft vorschreiben, nicht abgeschlossen worden. Der ihm bei seinem Eintritt in die Dienste der Berufsgenossenschaft gegebenen Zusicherung, er solle nicht schlechter gestellt sein als bei der früheren Berufsgenossenschaft, kann nach ihrem klaren Wortlaut nur die Bedeutung beigemessen werden, daß er sich nicht schlechter stehen sollte, als er vor seinem Übertritt in das neue Anstellungsverhältnis gestellt war. Der Senat hat dieser Zusicherung nicht den Sinn unterlegen können, daß R. für alle Zeiten nicht ungünstiger gestellt sein sollte, als es jeweils die Angestellten der früheren Berufsgenossenschaft sein würden, und daß auch ihm alle zukünftigen Verbesserungen in der rechtlichen und wirtschaftlichen Stellung dieser Angestellten zugute kommen sollten. Sein Dienstverhältnis bei der Berufsgenossenschaft, zu der er übertrat, kann daher nicht nach der Dienstordnung der früheren Berufsgenossenschaft vom 7. Juni 1913 beurteilt werden; maßgebend ist vielmehr die alte Dienstordnung dieser Berufsgenossenschaft vom 28. Oktober 1901. Sie enthält aber keine besonderen Bestimmungen über die Gehaltsansprüche der Angestellten im Falle von unverschuldeter Dienstbehinderung. Es sind deshalb ergänzend die Vorschriften des bürgerlichen Rechts anzuwenden. Nach § 616 BGB. geht der zur Dienstleistung Verpflichtete des Anspruchs auf die Vergütung bei unverschuldeter Dienstbehinderung nur dann nicht verlustig, wenn diese eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit andauert. Ob eine Dienstbehinderung von verhältnismäßig erheblicher Zeit vorliegt oder nicht, ist Tatfrage und nicht allgemein, sondern nach den Umständen des Einzelfalls zu entscheiden (zu vgl. Entsch. des Kammerger. VIII. Zivilsenat v. 23. Januar 1907, Rechtspr. der Oberlandesgerichte 17 S. 406; Staudinger,

Digitized by Google

Kommentar zum BGB. Anm. III 1 und 3 zu § 616). Das Reichsversicherungsamt hat im vorliegenden Falle angenommen, daß die Dienstbehinderung des R. eine erhebliche war, da sie vom 13. April bis zum 8. November 1915, also nahezu sieben Monate gedauert hat. Der Beschwerdeführer hätte also nach § 616 BGB. überhaupt keinen Anspruch auf Vergütung während seiner Einziehung zum Heeresdienste gehabt. Jedenfalls stehen ihm keine weitergehenden Ansprüche zu, als sie die Berufsgenossenschaft durch Gewährung des vollen Gehalts auf zwei Moante nach seiner Einberufung und die Zahlung des monatlichen Zuschusses an seine Schwester bereits erfüllt hat.

Anmerkung: Das RVA. geht davon aus, daß bei einer Dienstbehinderung für erhebliche Zeit ein Anspruch auf Vergütung nach § 616 BGB. überhaupt nicht begründet sei, also auch nicht einmal für die geringere Zeit, die als „verhältnismäßig nicht erheblich" anzusehen wäre. Diese Auffassung ist aber keineswegs so zweifelsfrei, daß es nicht eines Eingehens auf die Frage bedurft hätte. Die gegenteilige Ansicht wird z. B. vertreten von Schultz in „Blätter für Rechtspfl. im Bez. des Kammerger." 1914 S. 110 ff.; vgl. auch Entsch. in Arb.Vers. 1916 S. 783.

Ersatzanspruch der Krankenkasse wegen unterlassenen Streuens bei Glatteis (§ 1542 RVO.).

Entscheidung des **Amtsgerichts Solingen** vom 14. November 1916 (2 C. 676/15).

Was zunächst die Frage anbelangt, ob den Beklagten ein haftbares Verschulden an dem Unfalle trifft, so war diese Frage zu bejahen. Mit Recht weist die Klägerin darauf hin, daß die Cölner Unfallversicherungsgesellschaft wohl nicht ein Schmerzensgeld in Höhe von 450 *M* gezahlt und außerdem sich bereit gefunden haben würde, noch die Kosten für Krankengeld und ärztliche Behandlung zu bezahlen, wenn sie nicht die Überzeugung gewonnen hätte, daß ein Verschulden des Verletzten nicht in Frage komme, ein entgegengesetztes Verhalten entspricht im allgemeinen nicht den geschäftlichen Gepflogenheiten von Versicherungsgesellschaften. Aber auch nach dem bisherigen Ergebnis der Beweisaufnahme schon kann es weiter nicht zweifelhaft sein, daß der Beklagte der für ihn infolge des eingetretenen Glatteises als Hauseigentümer bestehende Pflicht, die Zugänge zu dem Hause durch Streuen gangbar zu machen, überhaupt nicht oder jedenfalls nur in ungenügender Weise nachgekommen ist. Daß bereits am Tage vor dem Unfall Glatteis herrschte, bestätigen sämtliche Zeugen. Sodann bekundet die Zeugin A., daß abends vorher nicht gestreut worden ist und daß dies notwendig gewesen wäre, ergibt sich aus der Aussage der Zeugin D., die an dem Abend vorher beinahe zu Fall gekommen wäre, weil das Glatteis noch vorhanden war.

Gegenüber dieser Tatsache kann es dahingestellt bleiben, ob der Beklagte im Laufe des Tages gestreut hat. Gerade derartige Ausgänge, um die es sich hier handelt, sind bei Glatteis besonders gefährlich und der Beklagte, der doch auch schon wußte, daß der Verletzte morgens in der Dunkelheit zur Arbeitsstelle ging, hätte sich davon überzeugen müssen, ob die am Tage gestreute Asche abends noch wirksam ein Ausgleiten verhütete und wenn dies nicht mehr der Fall war, hätte er neu streuen müssen. Dies hat er aber unzweifelhaft nicht getan. Der Beklagte ist daher nach § 823 BGB. verpflichtet, dem Verletzten allen durch den Unfall herbeigeführten Schaden zu ersetzen. Dieser Schadenersatzanspruch geht gemäß § 1542 der Reichsversicherung kraft Gesetzes auf die Klägerin über, die dem Verletzten Krankengeld und die Kosten der ärztlichen Behandlung zu gewähren hatte.

Streitig unter den Parteien ist nun das Maß des Ersatzes für die aufgewendeten Pflegekosten. Während der Beklagte den Standpunkt vertritt, daß Ersatz nur in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen zu gewähren sei, beruft sich die Klägerin auf die Bestimmung des § 1542 Abs. 2 des Gesetzes, demzufolge auf das Maß des Ersatzes für die Pflegekosten § 1503 des Gesetzes entsprechend anzuwenden sei; diesem § 1503 zufolge sind für Krankenpflege $^3/_8$ des Grundlohns zu ersetzen, nach dem sich das Krankengeld bestimmt. Der Klägerin ist darin beizustimmen, und im gleichen Sinne hat auch das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 16. Juni 1915 sich ausgesprochen, daß das Gesetz keine Höchstgrenze festsetzen wollte, bis zu welcher Ersatz zu leisten sei, sondern daß das Gesetz durch diese Bestimmung die Festsetzung von Pauschbeträgen bezweckt hat, um den Ersatzberechtigten von dem oft schwer zu erbringenden Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen zu befreien. Nur diese Auslegung läßt den Wortlaut des Gesetzes zu. Da die von der Klägerin für die Berechnung ihres Ersatzanspruches angegebenen Sätze im übrigen nicht bestritten sind, so war hinsichtlich der Höhe des Ersatzanspruches dem Klageantrage entsprechend zu entscheiden.

Anmerkung: Zu vgl. unsere Auskunft im Heft 31 von 1913 S. 744 Ziff. 15.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland.

Vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1383).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes, betreffend die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw., vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Gegen Krankheit werden versichert Deutsche, die während des gegenwärtigen Krieges in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland von deutschen Unternehmern für Zwecke des deutschen Heeres oder der Kaiserlichen Marine beschäftigt werden, wenn sie bei einer gleichen Beschäftigung im Inland der reichsgesetzlichen Krankenversicherung unterliegen würden. Für ihre Berechtigung zur freiwilligen Krankenversicherung gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

Das gleiche gilt für Angehörige der dem Deutschen Reiche verbündeten sowie der neutralen Staaten, wenn die Beschäftigung außerhalb ihres Heimatstaats stattfindet.

§ 2. Die Beschäftigten gehören, falls für den inländischen Betrieb des Unternehmers eine Betriebskrankenkasse besteht, dieser, und falls für mehrere inländische Betriebe des Unternehmers je besondere Betriebskassen bestehen, nach Wahl des Unternehmers einer von diesen an.

Im übrigen gehören sie nach näherer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde des dem Beschäftigungsorte zunächst belegenen inländischen Grenzgebiets einer Ortskrankenkasse dieses Grenzgebiets an. Beschäftigte, die nach der Reichsversicherungsordnung landkassenpflichtig wären, können in gleicher Weise einer Landkrankenkasse zugewiesen werden.

Der Unternehmer kann mit Genehmigung der Heeres- oder Marineverwaltung über die Kassenzugehörigkeit der bei ihm beschäftigten Arbeiter eine Vereinbarung mit einer anderen Krankenkasse abschließen. Gehören die Beschäftigten hiernach oder nach Abs. 1, 2 bereits einer Krankenkasse an, so bedarf es der Zustimmung dieser Kasse. Wird sie versagt, so kann sie auf Antrag des Unternehmers durch das Versicherungsamt der Kasse oder im Falle des § 6 durch die danach zuständige Behörde ergänzt werden. Die Entscheidung ist endgültig.

§ 3. Der Unternehmer kann für die im Ausland Beschäftigten seines Betriebs eine besondere Betriebskrankenkasse errichten. Er bedarf hierzu der Zustimmung der für den Bereich der Kasse zuständigen deutschen obersten Verwaltungsbehörde oder, wo eine solche nicht besteht, der dort zuständigen deutschen obersten Militärbehörde.

§ 4. Der Grundlohn bestimmt sich nach dem wirklichen Arbeitsverdienste des Versicherten bis sechs Mark für den Arbeitstag (§ 180 Abs. 2, 4 der Reichsversicherungsordnung).

§ 5. Im Ausland gewährt die Heeres- oder Marineverwaltung den Versicherten die Krankenhilfe. Die Krankenkasse hat ihr die Kosten zu erstatten. Dabei gelten drei Achtel des Grundlohns, nach welchem sich das Krankengeld des Versicherten bestimmt, als Ersatz der Kosten für die Krankenpflege. Ist der Versicherte in ein Krankenhaus (Lazarett) aufgenommen, so sind außerdem für den Unterhalt daselbst zwei Achtel des Grundlohns zu vergüten.

Die Krankenkasse hat ferner die Kosten der Überführung in ein inländisches Krankenhaus zu vergüten.

Die Heeres- oder Marineverwaltung kann mit den Kassen etwas anderes vereinbaren.

Streit über den Ersatzanspruch wird, unbeschadet des § 6, im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung entschieden.

§ 6. Wird eine besondere Betriebskasse errichtet, so trifft die nach § 3 zuständige deutsche oberste Verwaltungs- oder Militärbehörde Bestimmung über die Aufsicht, das Verfahren bei Streitigkeiten und bei Schließung der Kasse sowie über die zulässigen Rechtsmittel. Sie beschließt über die Genehmigung der Satzung und bestimmt zugleich, wann die Kasse ins Leben tritt. Sie kann die Wahl zu den Kassenorganen anders als nach den Grundsätzen der Verhältniswahl regeln; die Wahl muß jedoch geheim sein.

§ 7. Diese Verordnung gilt nicht:

1. für unständig Beschäftigte (§ 441 RVO.),
2. für die bereits nach der Reichsversicherungsordnung im Inland versicherten Personen; die Verpflichtung des Arbeitgebers, nach § 221 RVO. ihnen Krankenhilfe zu gewähren, geht auf die Heeres- oder Marineverwaltung über, wenn diese nach § 5 Abs. 1 auch anderen Beschäftigten des Arbeitgebers Krankenhilfe zu gewähren hat.

§ 8. Die obersten Verwaltungsbehörden für Heer und Marine können bestimmen, wieweit die vorstehenden Vorschriften unter den übrigen Voraussetzungen des § 1 auch für unmittelbare Beschäftigungsverhältnisse zur deutschen Heeres- oder Kaiserlichen Marineverwaltung sowie für Personen zu gelten haben, die in dem nicht von deutschen Truppen besetzten Ausland von deutschen Unternehmern oder Behörden für Zwecke des deutschen Heeres oder der Kaiserlichen Marine oder für gleiche Zwecke einer verbündeten Macht beschäftigt werden.

§ 9. Der Reichskanzler kann auf Antrag der deutschen obersten Verwaltungsbehörde eines von deutschen Truppen besetzten feindlichen Gebiets be-

Digitized by Google

stimmen, wieweit unter den übrigen Voraussetzungen des § 1 die Vorschriften der §§ 1 bis 7 auch für Beschäftigungsverhältnisse zu deutschen Unternehmern für Zwecke anderer deutscher Behörden oder für unmittelbare Beschäftigungsverhältnisse zu anderen deutschen Behörden zu gelten haben.

§ 10. Soweit der Erwerb von Rechten davon abhängt, daß eine Versicherung gegen Krankheit von bestimmter Dauer vorangegangen ist, steht die Versicherung nach diesen Vorschriften einer Versicherung auf Grund der Reichsversicherungsordnung gleich.

§ 11. Der Reichskanzler wird ermächtigt, weitere Bestimmungen zur Durchführung dieser Verordnung zu erlassen. Soweit dies nicht geschieht oder diese Verordnung nichts anderes ergibt, sind die Vorschriften und Bestimmungen über die reichsgesetzliche Krankenversicherung sinngemäß anzuwenden.

§ 12. Diese Verordnung tritt am 15. Januar 1917 in Kraft.

Wochengeld für jeden Tag der Woche. — Kriegswochengeld bei satzungsmäßiger Erhöhung des Wochengeldes?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 16. Oktober 1916 (II a K 56/16).

Der Ehemann der Klägerin ist vor seinem Eintritt in das Heer in der in § 1 Nr. 2 der Bek. vom 3. Dezember 1914, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vorgeschriebenen Zeit auf Grund der RVO. bei der Beklagten gegen Krankheit versichert gewesen. Die Klägerin, die auch selbst Mitglied der beklagten Kasse ist, hat von dieser für einen Zeitraum von 8 Wochen ein Wochengeld von 1,20 ℳ für jeden Werktag, also 7,20 ℳ wöchentlich erhalten. Sie beansprucht noch das Wochengeld für die in die achtwöchige Unterstützungszeit fallenden acht Sonntage. Die Beklagte lehnt eine weitere Zahlung ab. Sie wendet ein, auf Grund der Bek. vom 3. Dezember 1914 sei den in § 1 a. a. O. bezeichneten Wöchnerinnen allerdings ein Wochengeld von einer Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, also 7 ℳ wöchentlich, zu zahlen, die Klägerin könne aber für die Sonntage einen weiteren Betrag nicht verlangen, da sie bereits auf Grund der satzungsmäßigen Leistung mehr als 7 ℳ wöchentlich erhalten habe. Das Versicherungsamt hat die Beklagte verurteilt, der Klägerin für die acht Sonntage ein Wochengeld von je einer Mark, also 8 ℳ, zu zahlen, weil auf Grund des § 1 des Gesetzes vom 4. August 1914 die Beklagte ihren Mitgliedern nur die Regelleistungen gewähre und Wochengeld nur für die Wochentage zahle, für Sonn- und Feiertage aber nur dann, wenn diese für die Versicherte regelmäßig Arbeitstage seien. Nach § 3 Nr. 2 der Bek. vom 3. Dezember 1914 werde jedoch an die Ehefrauen von versichert gewesenen Kriegsteilnehmern ein Wochengeld von einer Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage gezahlt. Diese Bestimmung gehe also über die Regelleistung des § 195 RVO. hinaus. Es wäre also unbillig, versicherte Wöchnerinnen schlechter zu stellen als unversicherte. Die Versicherten müßten daher das Wochengeld auch für Sonn- und Feiertage erhalten, und zwar auf Kosten des Reichs. Dies müsse auch dann gelten, wenn die Wöchnerin ein satzungsmäßiges Wochengeld von mehr als einer Mark täglich zu beanspruchen habe. Was sie mehr erhalte, werde ihr auf Grund ihrer früheren Beitragsleistung gewährt. Es komme nach dem Wortlaut der Verordnung nicht darauf an, was für eine Woche gezahlt werde, sondern darauf, was täglich und für welche Tage es gegeben werde.

Auf Berufung der beklagten Kasse hat das Oberversicherungsamt die Sache gemäß § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Es vertritt die Rechtsauffassung, daß der Anspruch der Klägerin unbegründet sei, weil der Betrag von 7 ℳ Wochengeld für die Woche, einschließlich der Sonn- und Feiertage, bereits durch das satzungsmäßige Wochengeld in Höhe von 7,20 ℳ, zusammen für die 6 Wochentage, erreicht werde.

Das Reichsversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt ist gerechtfertigt. Denn die Revision ist nach § 1695 Nr. 3 RVO. ausgeschlossen, und es wird die grundsätzliche Frage zur Entscheidung gestellt, ob bei höherem satzungsmäßigen Wochengelde die Gewährung von Kriegswochengeld ausgeschlossen sei. Zu einer Entscheidung über diese Frage kann es aber nur kommen, wenn die Annahme der Vorinstanzen richtig ist, daß die Klägerin auf Grund der Reichsversicherungsordnung das Wochengeld nur für die Werktage, nicht aber für die Sonntage als Regelleistung verlangen könne. Dies ist nicht der Fall. Wie das Reichsversicherungsamt in der grundsätzl. Entsch. 2245 (Amtl. Nachr. 1916 S. 626) ausgesprochen hat, ist das Wochengeld (§ 195 RVO.) nicht nur für die Arbeitstage, sondern für jeden Kalendertag zu zahlen. Es ist in dieser Entscheidung ausgeführt, daß zwar nach den gesetzlichen Vorschriften das Krankengeld nur für die Arbeitstage zu zahlen sei, daß aber aus der in der Begr. zum Entw. der RVO. S. 159 besonders betonten rechtlichen Selbständigkeit des Wochengeldes sich ohne weiteres ergebe, daß nicht alle Vorschriften, die für das Krankengeld gelten, auch auf das Wochengeld anzuwenden seien. Mit Rücksicht auf die innere Verwandtschaft beider Barleistungen seien einzelne für das Krankengeld geltende Vorschriften auch für das Wochengeld zu übernehmen. Es sei hierbei aber in jedem Falle zu prüfen, ob die rechtliche Besonderheit des Wochengeldes dies zulasse. Dabei sei zu berücksichtigen, daß der Zweck des Wochengeldes sich nicht in dem teilweisen Ersatz der wirtschaftlichen Einbuße aus der Arbeitsunfähigkeit erschöpfe, sondern eine weitergehende Aufgabe, nämlich die Erhaltung von Mutter und Kind und somit die Erhöhung der Volkskraft umfasse. Diesem allgemeinen Zwecke diene das Wochengeld unmittelbarer als das Krankengeld, das in erster Linie den einzelnen Erkrankten zugute komme und damit nur mittelbar zur Gesundung des Volkes beitrage. Mit diesem erweiterten Zweck des Wochengeldes sei es aber nicht vereinbar, daß diese Leistung nur für Arbeitstage gewährt werden solle. Vielmehr müsse angenommen werden, daß der Gesetzgeber in bewußter Abweichung von § 182 Nr. 2 RVO. gewollt

Digitized by Google

habe, daß das Wochengeld für jeden Kalendertag der acht Wochen, also auch für die Sonntage, gewährt werde (ebenso Hoffmann, „die Barleistungen der Krankenkassen" in „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 193 ff., insbesondere Sp. 205). Von dieser grundsätzlichen Entscheidung abzugehen, liegt für den erkennenden Senat kein Anlaß vor.

Hieraus ergibt sich, daß die Klägerin schon auf Grund des § 195 RVO. als satzungsmäßige Regelleistung das Wochengeld für die Sonntage auf einen Zeitraum von acht Wochen beanspruchen kann. Wenn ihr daher durch die Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts 1 ℳ für jeden Sonntag, zusammen 8 ℳ zugesprochen sind, so kann sich die Beklagte dadurch nicht beschwert fühlen. Ihre Berufung ist mithin aus diesem Grunde, ohne daß es einer Entscheidung der vom Oberversicherungsamt angeregten grundsätzlichen Frage bedarf, zurückzuweisen.

Anzeige der freiwilligen Weiterversicherung (§ 313 RVO.); Einwurf in den Briefkasten.

Entscheidung des **Versicherungsamts Frankfurt a. M.** vom 30. November 1916 (K 441).

Die Form, wie die freiwillige Weiterversicherung bei der Krankenversicherung zu erfolgen hat, ist in der Reichsversicherungsordnung nicht geregelt. Es heißt in § 313 Abs. 2 Satz 1 nur: „Wer Mitglied bleiben will, muß es der Kasse binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden oder im Falle des § 311 nach Beendigung der Kassenleistungen anzeigen." Man wird also annehmen müssen, daß jede schriftliche oder mündliche Erklärung, welche die Absicht, die Mitgliedschaft freiwillig fortzusetzen, erkennen läßt, genügt. Doch muß die Anzeige, wie jede Willenserklärung, der Kasse zugehen (vgl. Hahn, Handb. der Krankenverf. 8. u. 9. Aufl., Note 5 a zu § 313 S. 499). Wann eine Erklärung als zugegangen anzusehen ist, ist in der Reichsversicherungsordnung ebenfalls nicht definiert. Man wird deshalb auf die Auslegung, die der Begriff des Zugehens einer Willenserklärung im bürgerlichen Recht erfahren hat, zurückgreifen müssen. Grundlegend dafür sind die Entscheidungen, die der Begriff des Zugehens im Sinne des § 130 BGB. (über den Zeitpunkt des Zugehens einer Willenserklärung) gefunden hat. Danach ist entsprechend dem zu Grunde liegenden Rechtsgedanken die Anforderung des Gesetzes erfüllt, wenn die Erklärung derartig in den Bereich des Erklärungsgegners gelangt, wenn es ausschließlich an ihm lag ob er sie „vernehmen" — kennen lernen — wollte oder nicht. Demzufolge ist insbesondere eine briefliche Erklärung zugegangen schon durch die Aushändigung des Briefes an den Adressaten, während es gleichgültig ist, ob dieser von seinem Inhalt auch Kenntnis nimmt. Eine billige Rücksichtnahme auf den Erklärenden und die Sicherheit des Verkehrs nötigten aber zu der weiteren Auffassung, daß es schon genüge, wenn die schriftliche Erklärung dem anderen in der Art zugänglich gemacht werde, daß er zu ihrer Empfangnahme nach den von ihm im allgemeinen getroffenen Einrichtungen instand gesetzt worden sei, gleichviel, ob er das Schriftstück demnächst auch nur in Empfang genommen hat oder nicht. Das werde beispielsweise der Fall sein, wenn der Brief in einem an der Wohnung angebrachten Briefkasten hineingelegt werde. Es sei feststehender Grundsatz, daß ein Brief zugegangen sei, sobald er in verkehrsüblicher Art in die tatsächliche Verfügungsgewalt des Adressaten oder eines anderen gelangt sei, der ihn bei der Empfangnahme der Briefe habe vertreten können. Voraussetzung der Anwendbarkeit jener Grundsätze sei jedoch, daß der Erklärende bei der Wahl des Mittels die im Verkehr übliche und der Sache nach gebotene Sorgfalt angewendet habe (vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 50 S. 191, 56 S. 262 und 58 S. 406 sowie Entscheidung vom 24. Juni 1905 V 640/04; vgl. weiter Kommentar der Reichsgerichtsräte zum BGB. I Noten zu § 130 S. 117). Legt man diese Erläuterungen hier zugrunde, so muß man zu dem Resultat kommen, daß nach dem als feststehend angenommenen Tatbestand die Meldung des D. als der Ortskrankenkasse ordnungsmäßig zugegangen angesehen werden muß. Sie ist in deren Briefkasten eingelegt worden. Ob sie ein Beamter der Ortskrankenkasse tatsächlich zu Gesicht bekommen hat, darauf kam es nicht an. Es wäre ja denkbar, daß die Meldung sich in eine Drucksache verschoben hat oder daß der die Post herausnehmende Beamte das Briefchen, auf das nur mit Tintenstift geschrieben war, nicht beachtet und weggeworfen hat oder daß es bei Sortierung der Post in einen anderen Akt geraten ist. Daß D. bei Erstattung seiner Anzeige nicht mit der nötigen Sorgfalt vorgegangen ist, kann nicht behauptet werden. Er hat ein nach Art eines Briefumschlages gefaltetes Stück Papier, auf das mit Tintenstift die Adresse geschrieben war, in den Briefkasten der Allgemeinen Ortskrankenkasse geworfen. Auf die Größe des Briefes kann es dabei nicht ankommen, wenn er nur dem normal beobachtenden Auge nicht leicht zu entgehen geeignet war. Auch ein Brief in Form des Visitformats muß genügen. Ebensowenig kann etwas darauf ankommen, ob die Aufschrift mit Tinte, Tintenstift oder gar mit Bleistift geschrieben ist, da Formvorschriften in § 313 RVO. für die Anzeige nicht erlassen sind. Auch war dem Kläger nicht zuzumuten, sich noch nachträglich bei der Ortskrankenkasse nach dem Schicksal seiner Meldung zu erkundigen, denn er konnte nach dem normalen Verlauf der Dinge annehmen, daß sein in den Briefkasten der Ortskrankenkasse geworfenes Schreiben an die richtige Adresse gelangen werde; eine Antwort von der Ortskrankenkasse hatte er nicht zu erwarten und die Zeit der nächsten Beitragszahlung war noch nicht herangekommen. Um deswillen konnte auch die An-

Digitized by Google

wendung des § 254 BGB. nicht in Frage kommen, auf die sich Beklagte stützt. Denn selbst wenn man den Anspruch des Klägers gegen die Ortskrankenkasse unter den Begriff des Schadensersatzes bringen will, müßte ja auch ein Kausalzusammenhang zwischen dem angeblich fahrlässigen Verhalten des Klägers und der eingetretenen Schädigung (Gewährung der Kassenleistungen seitens der Kasse) nachgewiesen werden, was um deswillen hier unmöglich ist, weil die Verpflichtung der Kasse zur Unterstützung des freiwillig Versicherten auch dann, ohne daß geringere Leistungen zu gewähren gewesen wären, eingetreten wäre, wenn jene angebliche Fahrlässigkeit des D. nicht stattgefunden, wenn er ordnungsmäßig nach Auffassung der Kasse gemeldet hätte. Nicht die angebliche Fahrlässigkeit des D., sondern der Ausbruch der Krankheit bei ihm ist die Ursache für die Leistungen der Kasse.

Nach alledem war anzunehmen, daß D. sich ordnungsmäßig nach § 313 RVO. weiter versichert hat. Deshalb stand ihm auch der Anspruch gegen die Ortskrankenkasse auf die satzungsmäßigen Leistungen wegen der am 17. Juli 1916 ausgebrochenen Krankheit zu. Es war deshalb zu entscheiden wie geschehen.

Anmerkung: Zu vgl. die Auskunft in Arb.Vers. 1916 S. 766 Ziff. 2.

Mit Stellung des Antrags auf Ruhen der Rechte nach §517 RVO. entfällt der Anspruch auch aus einem schon vorher eingetretenen Versicherungsfall.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 3. Oktober 1916.

Der Antrag des Klägers auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten aus der Zwangsmitgliedschaft bei der Beklagten war nach § 517 RVO. zulässig und ist auch den Vorschriften des § 519 a. a. O. entsprechend rechtzeitig gestellt worden. Mit Recht gehen die Vorinstanzen ferner davon aus, daß der Antrag die im § 517 vorgesehene Wirkung erst vom Augenblick seines Eingehens bei der Beklagten, also vom 27. Juli 1915 ab ausüben konnte (zu vgl. Entsch. 2101, Amtl. Nachr. 1915 S. 688). Wenn aber die Vorinstanzen hieraus folgern, daß durch den Antrag des Klägers dessen Ansprüche aus dem am vorhergehenden Tage eingetretenen Unterstützungsfall nicht berührt worden seien, so kann dem nicht beigetreten werden.

§ 517 läßt auf den Antrag des Versicherten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus der Zwangsmitgliedschaft ohne jede Einschränkung eintreten und bestimmt ausdrücklich, daß der Versicherte nach Stellung des Antrags „keinen Anspruch auf die Leistungen der Krankenkasse" habe. Dieser Wortlaut des Gesetzes bietet keinen Anhalt dafür, daß der Gesetzgeber diejenigen Leistungen, auf die der Versicherte zur Zeit der Stellung des Antrags schon ein Recht erlangt hatte, anders behandeln wollte als diejenigen, auf die ein Anspruch erst nachher erworben wurde.

Aber auch aus Zweck und Sinn der gesetzlichen Vorschrift läßt sich eine solche Unterscheidung nicht rechtfertigen. Der Gesetzgeber will offenbar dem bei einer Zwangskasse Versicherten, der zugleich Mitglied einer Ersatzkasse ist, die Möglichkeit gewähren, die Last doppelter Versicherung dadurch zu vermeiden, daß er sich durch einen entsprechenden Antrag gegen Aufgabe seiner Berechtigung aus der Zwangsversicherung von den mit dieser verbundenen Pflichten befreit. Es liegt nun durchaus im Sinne dieser gesetzgeberischen Absicht, daß ein solches Befreiungsrecht einem Versicherten auch dann noch zusteht, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Daß der Versicherte hieran ein Interesse haben kann, liegt auf der Hand. Ist z. B. ein Versicherter, ehe er den Antrag aus § 517 stellt, erkrankt, ohne dadurch arbeitsunfähig zu werden, so dauert seine Verpflichtung zur Beitragszahlung fort, während ihm von der Zwangskasse außer der ärztlichen Behandlung, die er auch von der Ersatzkasse erhält, eine weitere Leistung, insbesondere Krankengeld, nicht zu gewähren ist. Hier entspricht es zweifellos dem durch § 517 verfolgten gesetzgeberischen Zweck, daß sich der Versicherte, ungeachtet der schon eingetretenen Erkrankung durch seinen Antrag von der Beitragspflicht gegenüber der Krankenkasse befreien kann. Macht aber der Versicherte von diesem Recht Gebrauch, so entspricht es wiederum nicht nur dem Wortlaut, sondern auch dem vorerörterten Sinn des § 517, daß er gegen Befreiung von seiner Beitragspflicht auch alle Rechte einschließlich derer aus der schon eingetretenen Erkrankung gegenüber der Zwangskasse verliert. Verschlimmert sich deshalb die Krankheit nachträglich bis zur Arbeitsunfähigkeit, so kann der Versicherte nicht lediglich deshalb, weil es sich um den gleichen schon vor der Antragstellung eingetretenen Erkrankungsfall handelt, von der Zwangskasse Krankengeld fordern. Die gegenteilige Ansicht würde dahin führen, daß in dem angenommenen Beispiel das Risiko des Antrags aus § 517 entgegen dem Sinn und Wortlaut dieser Vorschrift die Kasse allein zu tragen hätte, was um so billiger wäre, als sie den Antrag des Versicherten nicht zurückweisen kann, der Versicherte aber es in der Hand hat, ob er das mit dem Antrag verbundene Risiko auf sich nehmen will oder nicht. Demgemäß kann aus dem Zweck des § 517 nicht entnommen werden, daß das Ruhen der Rechte und Pflichten aus der Zwangsversicherung Ansprüche aus einer beim Wirksamwerden des Antrages schon bestehenden Erkrankung nicht mitergreift. Es liegt auch kein rechtlicher Grund vor, einen Unterschied zu machen, ob der Versicherte, wie in dem soeben erörterten Beispiel seine Erkrankung bei Stellung des Antrags schon kennt oder, wie in dem vorliegenden — praktisch zweifellos äußerst seltenen — Falle, die Erkrankung gerade in der Zeit zwischen Aufgabe des An-

Digitized by Google

trags und Eingang bei der Krankenkasse eintritt. Der Versicherte, der sich zu dem Antrag aus § 517 entschließt, übernimmt eben zu dem Risiko, daß nach dem Eingang seines Antrags ein Erkrankungsfall eintritt, für den er gegen die Zwangskasse keine Ansprüche geltend machen kann, das gleiche Risiko auch für die kurze Zwischenzeit zwischen Aufgabe und Eingang seines Antrags bei der Kasse.

Die Vorinstanzen gelangten zu ihrer abweichenden Auffassung augenscheinlich dadurch, daß sie das Ruhen der Rechte und Pflichten gemäß § 517 der Beendigung der Mitgliedschaft analog behandelten. Eine solche Analogie läßt sich jedoch nicht rechtfertigen. Daß ein Versicherter, der nach Beendigung seiner Mitgliedschaft erkrankt, gegen die Kasse, der er vorher angehört hat, in der Regel keine Ansprüche erheben kann, schreibt das Gesetz nicht ausdrücklich vor. Es ergibt sich vielmehr aus dem Wesen des Versicherungsanspruchs von selbst, daß Voraussetzung für den Anspruch auf die Versicherungsleistungen Fortdauer des Versicherungsverhältnisses beim Eintritt des Versicherungsfalles ist und Ausnahmen nur da gelten können, wo sie, wie z. B. in § 214, das Gesetz ausdrücklich zuläßt. Umgekehrt ergibt sich aus dem Wesen des Versicherungsanspruchs aber auch, daß der während der Dauer der Mitgliedschaft eingetretene Versicherungsfall dem Versicherten das volle Recht auf die Kassenleistungen gewährt und dieses Recht mangels entgegenstehender Gesetzesvorschriften durch spätere Beendigung der Mitgliedschaft nicht gekürzt werden kann.

Ganz anders liegt der Fall des § 517. Hier bestimmt das Gesetz ausdrücklich, daß trotz Fortdauer der Mitgliedschaft bei der Zwangskasse auf den Antrag des Versicherten dessen Rechte und Pflichte ruhen sollen. Diese klare und unbedingt gefaßte Vorschrift läßt für die im Falle der Beendigung der Mitgliedschaft anzustellenden Erwägungen keinen Raum, sie betrifft vielmehr alle Rechte und Pflichten, die nach dem Eingang des Antrags geltend gemacht werden, ohne Rücksicht darauf, ob die sie begründenden Umstände vor oder nach der Stellung des Antrags eingetreten sind.

Beruhten hiernach die Vorentscheidungen auf unrichtiger Anwendung des § 517, so war ihre Aufhebung geboten und es mußte der Kläger, da er für die Zeit nach dem Eingang seines gemäß § 517 gestellten Antrags keine Ansprüche mehr gegen die Beklagte erheben kann, mit seiner Klage abgewiesen werden.

Anmerkung: Zu vgl. unsere Auskunft im Heft 18 von 1916 S. 431 Ziff. 1, wo die gleiche Auffassung vertreten und noch durch andere als die vorstehenden Erwägungen unterstützt ist.

Fortdauer des Ruhens nach § 517 RVO. bei kurzer Unterbrechung der Pflichtmitgliedschaft.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 14. Oktober 1916 (II. K. 434/16).

Wie die Beschwerdeführerin zutreffend hervorhebt, ist bei Beratung des § 541 des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung — § 517 des Gesetzes — von einem Regierungsvertreter (zu vgl. Kommissionsber. II S. 479) darauf hingewiesen worden, daß das einmal bewilligte Ruhen der Rechte und Pflichten bei der gesetzlichen Krankenkasse während der ganzen Dauer der Zugehörigkeit zu der gleichen Krankenkasse ohne Rücksicht auf einen Wechsel des Arbeitgebers in Geltung bleibe. Hiermit steht auch im Einklang die Begründung zu §§ 542 bis 544 des Entwurfs (S. 252). Sie bemerkt ausdrücklich, daß ein Wechsel der Beschäftigung und des Arbeitgebers, der nicht zugleich einen Wechsel der Kassenmitgliedschaft nach sich zieht, ohne Einfluß auf den einmal gestellten Antrag sein soll. Allerdings ist diese Auffassung im Gesetz selbst nicht klar zum Ausdruck gebracht worden. Aus dem Wortlaut des § 517, wonach die Mitgliedschaft bei Zwangskassen die Voraussetzung für die Stellung eines Antrages auf Ruhen der Rechte und Pflichten sein soll, ließe sich sogar die jener Erklärung des Regierungsvertreters entgegengesetzte Ansicht herleiten, daß mit jedem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und dem damit eintretenden Verlust der Kassenmitgliedschaft das bewilligte Ruhen der Rechte und Pflichten als Mitglied der Zwangskasse hinfällig werde. Das würde aber zu einem unbefriedigenden Ergebnis führen und in den vielen, der Zahl nach wohl überwiegenden Fällen, wo bei regelmäßig arbeitenden Versicherten lediglich der Arbeitgeber innerhalb des Kassenbezirks gewechselt wird, eine große praktisch zwecklose Belastung der Kassen und der Versicherten zur Folge haben. Diesem in der erwähnten Erklärung des Regierungsvertreters zu § 541 des Entwurfs, jetzt § 517, und in der Begründung zu §§ 542 bis 544 des Entwurfs zutreffend gewürdigten Gedanken trägt auch das Rundschreiben der Allgemeinen Ortskrankenkasse Rechnung. Offenbar in Anlehnung an die den Versicherten günstige Auslegung, welche § 214 in der Rechtsprechung erfahren hat (zu vgl. Revisionsentsch. 1955, Amtl. Nachr. 1915 S. 351), will es eine als unbeachtlich zu behandelnde Unterbrechung der Mitgliedschaft auf eine Zeitdauer bis zu drei Tagen zulassen. Das führt aber nicht zum Ziele, denn diese Frist ist, namentlich für Kassen mit größerem räumlichen Bezirk, zu kurz. Denn dort werden die Versicherten, wenn sie gleichzeitig mit dem Arbeitgeber auch den Beschäftigungsort wechseln, namentlich bei ungünstigen Verkehrsverhältnissen ihre neue Beschäftigung nicht immer im unmittelbaren Anschluß an ihre frühere Tätigkeit aufnehmen können. Eine Entscheidung über die weitere

Digitized by Google

Gestaltung ihrer Beziehungen zur Zwangskasse werden sie aber erst dann treffen wollen, wenn sie nach Eintritt in ihre neue Beschäftigung die für ihre Entschließung in Betracht kommenden Verhältnisse bei dem neuen Arbeitgeber übersehen können. Zu einer allgemein zusagenden Lösung gelangt man daher nur dann, wenn beim Wechsel des Arbeitgebers jede Unterbrechung der Mitgliedschaft als unerheblich im Sinne des § 317 Abs. 1 betrachtet wird, sofern nur neue versicherungspflichtige Beschäftigung im Kassenbezirk innerhalb einer Woche wieder aufgenommen wird. Auch andere Vorschriften der RVO. halten die Beziehungen des Versicherten zur Kasse innerhalb des Zeitraums von einer Woche aufrecht. So hat nach § 313 bei der Weiterversicherung innerhalb der ersten Woche nach dem Ausscheiden der Versicherte noch unbeschränkt Anspruch auf die Kassenleistungen. Ferner kann nach § 317 Abs. 2 Satz 1 a. a. O. die Meldung des Arbeitgebers bei der Kasse unterbleiben, wenn die Arbeit für kürzere Zeit als eine Woche unterbrochen wird und die Beiträge fortgezahlt werden.

Anmerkung: Die Entscheidung ist mit unserer Auskunft im Heft 31 von 1916 S. 741 Ziff. 1 wohl zu vereinbaren. Dort haben wir ausgeführt, daß nur ganz geringfügige Unterbrechungen, wie sie beim Wechsel der Arbeitsstelle unvermeidlich sind, außer Betracht bleiben dürfen. Wenn das Reichsversicherungsamt jetzt die Dauer einer solchen Unterbrechung auf eine Woche begrenzt und dies in annehmbarer Weise begründet hat, so ist hiermit erwünschte Klarheit und Rechtssicherheit geschaffen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1916 S. 210 ff.)

Nr. 136. 1. Die Fakturistin eines kaufmännischen Geschäfts, welche Rechnungsvordrucke mit der ihr angesagten Art, der Nummer und den Preisen der zu versendenden Ware ausfüllt und den Rechnungen kurze Erläuterungen nach Diktat beifügt, ist als Handlungsgehilfin versicherungspflichtig gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

2. Das Versicherungsverhältnis nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte entsteht beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen mit dem Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung. Der Arbeitgeber ist zur vollen Zahlung der Beiträge verpflichtet, auch wenn inzwischen das Beschäftigungsverhältnis zu Ende gegangen ist und er die rechtzeitige Entrichtung der Beiträge zufolge einer die Versicherungspflicht verneinenden Auskunft der zuständigen Behörde unterlassen hatte.

Nr. 137. 1. Streit über die Feststellung der Gehaltsklasse für die freiwillige Versicherung aus § 394 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird nach § 210 entschieden.

2. Die freiwillige Versicherung aus § 394 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist höchstens in derjenigen Gehaltsklasse zulässig, welche dem durchschnittlichen Verdienst in den letzten 6 Monaten vor Stellung des Antrags auf Zulassung zur Versicherung entspricht oder am nächsten kommt.

Nr. 138. Eine Bureauangestellte, die lediglich mechanische Schreibarbeiten verrichtet und nur ganz ausnahmsweise in vereinzelten Fällen nicht mechanische Arbeiten (z. B. Aufnahme und Übertragung von Stenogrammen) ausführt, ist nicht versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 139. Für den Begriff Orchester (§ 1 Abs. 1 Nr. 4 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) genügt das Zusammenspiel von mindestens drei Musikern, die sich bei ihren Darbietungen in musikalischer Hinsicht dem Willen eines einzelnen unterordnen. Dabei ist es nicht ausgeschlossen, daß der Leiter in einzelnen Stücken eine Stimme mitspielt, die aber bereits im Orchester vertreten sein muß, beispielsweise die erste Geige.

Nr. 140. Ein Flaschner, der in einer Spielwarenfabrik arbeitet und nur während 8 bis 10 Wochen des Jahres mit dem Entwerfen von Mustern und Schablonen beschäftigt wird, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 141. Stadtbezirksaufseher einer größeren Stadt, denen der öffentliche Aufsichtsdienst über alle das städtische Gemeinwesen betreffenden Angelegenheiten, insbesondere auf dem Gebiete der Wohlfahrts-, Gewerbe-, Bau- und Feuerpolizei obliegt, sind versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 142. Die auf Grund mehrerer Lebensversicherungen gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ausgesprochene Befreiung von der eigenen Beitragsleistung fällt nach § 393 weg, sobald eine dieser Versicherungen durch Auszahlung der Versicherungssumme aufgehoben ist und die Prämien für die in Kraft bleibenden Versicherungen unter die zur Angestelltenversicherung zu leistende Beitragshälfte herabgesunken ist.

Digitized by Google

Nr. 143. Milchverkäuferinnen, die im Dienste einer gemeinnützigen, keine Erwerbszwecke verfolgende Gesellschaft in einem Milchhäuschen Milch verkaufen und niedere Dienste (Reinigen der Verkaufsstände und Fußböden sowie des an das Häuschen grenzenden Straßenteils, Spülen der Milchkannen und Kochgefäße u. dgl. zu verrichten haben, sind weder Handlungsgehilfinnen noch Angestellte in gehobener Stellung und deshalb nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 144. Ein Appreturmeister in einer Spinnerei, der 10 bis 12 Arbeiter zu beaufsichtigen, ihre Arbeiten durchzusehen und zu prüfen hat, auch für deren Ausfall verantwortlich ist, ferner mit Genehmigung des Prokuristen Arbeiter annehmen und entlassen kann, ist als Angestellter nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er in erheblichem Umfang an der Presse selbst mitarbeitet.

Nr. 145. Ein staatlich geprüfter Heilgehilfe, der auf der Unfallstation eines Hüttenwerkes bei Betriebsunfällen selbständig Verbände anlegt, Wiederbelebungsversuche an Verunglückten vornimmt, sie entweder einem Arzte oder einem Krankenhause überweist und sie in leichteren Fällen unter der Oberleitung eines Arztes weiter behandelt, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 146. Eine Lageristin in einer Wäschefabrik, welche die fertige Plättwäsche vor dem Einräumen in das Lager besichtigt und säubert, ein Lagerbuch führt und die Wäsche zu den bestellten Sendungen zusammenstellt, außerdem auch Rechnungen ausschreibt, ist als Handlungsgehilfin nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 147. Die Kassiererin einer Tropfsteinhöhle, welche lediglich den Verkauf der Eintrittskarten und der Höhlenbeschreibungen zu feststehendem Preise besorgt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 148. Ein Rechercheur bei einer Versicherungsgesellschaft, der den Zweck unklarer Eingaben von Versicherten und die tatsächlichen Grundlagen von Inkassobeschwerden festzustellen hat und außerdem als Hilfskassenbote verwendet wird, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 149. Eine bei einer Diakonissenanstalt beschäftigte Diakonisse, die neben freiem Unterhalt monatlich 15 ℳ in bar für Kleidung und kleinere Lebensbedürfnisse erhält, ist nach § 7 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungsfrei.

(„Angestelltenversicherung" 1916 S. 234 ff.)

Nr. 150. Eine Schneidermeisterin, die in einer Zuschneideschule unter der Oberleitung der Inhaberin der Schule etwa 30 Schülerinnen im Zuschneiden von Damen- und Kindergarderobe unterweist und für die von ihnen abzulegenden Prüfungen in Buchführung, im Lohn- und Krankenkassenwesen und in den einschlägigen Zweigen der Rechtskunde vorbereitet, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 151. Die Angestellte einer Fabrik von Besatzartikeln für Damenkleider und Hüte, die in der Hauptsache mit dem Zusammenstellen von Mustersendungen und mit der Nachprüfung, ob die zu versendenden Waren der Bestellung entsprechen, beschäftigt wird, ist als Handlungsgehilfin nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 152. Ein Postaushelfer, der für den Groß-Berliner Vorortverkehr Briefsendungen zu sortieren hat, wozu die Kenntnis der Leitpostanstalten und Ortschaften der einzelnen Vorortstrecken gehört, ist nicht mit lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt und daher nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 153. Badewärter, die in einem Sanatorium Wasser- und medizinische Bäder aller Art, insbesondere Licht und Moorbäder vorzubereiten und zu verabfolgen, die Massage zu besorgen, daneben aber das Publikum zu bedienen, Zellen und Badegeräte zu reinigen und die sonst notwendigen niederen Dienste zu leisten haben, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn sie als Heilgehilfen und Masseure geprüft sind.

Nr. 154. Der Rendant einer Jagdgenossenschaft, der selbst Mitglied dieser Genossenschaft ist und nicht dem Jagdvorstand untersteht, vielmehr seine Geschäfte unter der allgemeinen Aufsicht und Leitung der nur in mehrjährigen Zwischenräumen zusammentretenden Genossenschaftsversammlung führt, ist nicht Angestellter und deshalb nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er für seine Tätigkeit eine Vergütung erhält.

Nr. 155. Eine als „Kinderfräulein" tätige Kindergärtnerin II. Klasse, die mit den ihr anvertrauten Kindern spazieren zu gehen, sie zu beaufsichtigen, mit ihnen zu spielen, das Kinderzimmer und ihr eigenes Zimmer zu reinigen hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 156. Zuschneider eines Uniformgeschäfts, welches teils nach Maß, teils auf Massenfabrikation arbeitet, sind versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, wenn sie mit dem Maßnehmen und selbständigen Zuschneiden nach den genommenen Maßen betraut sind, die Anprobe besorgen, über die Abnahmefähigkeit oder Verbesserungsbedürftigkeit der hergestellten Anzüge zu entscheiden und die von ihnen zugeschnittenen Röcke den Hausgewerbetreibenden abzunehmen, nachzuprüfen und die Abnahme zu bescheinigen haben.

Nr. 157. Außerhalb des Sitzes einer Brauerei

Digitized by Google

beschäftigte Bierfahrer, denen — neben Fütterung und Pflege der Pferde, Auf- und Abladen des Bieres, Abfahren des Bieres an die Kundschaft und anderen gewerblichen Verpflichtungen — obliegt, Bestellungen und Zahlungen entgegenzunehmen, über letztere zu quittieren, ein Fahrbuch über das ausgefahrene Bier zu führen, die vereinnahmten Beträge in ein Kassabuch einzutragen und allmonatlich mit der Firma abzurechnen, sind nicht versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 158. Arbeitgeber der Mitglieder eines Orchesters, das in einer Gastwirtschaft Musikvorträge veranstaltet, ist, sofern nicht besondere Umstände eine abweichende Beurteilung rechtfertigen, nicht der Kapellmeister, sondern der Wirt auch dann, wenn nur zwischen diesem und dem Kapellmeister ein Vertrag besteht, der Kapellmeister ohne Mitwirkung des Wirtes über die Annahme und Entlassung der Musiker befindet und die einzelnen Musiker aus der vereinbarten Gesamtvergütung entlohnt.

Nr. 159. Bureaulehrlinge gehören zu den Bureauangestellten im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Beginn der Geltung einer mit der Verkündung in Kraft tretenden Verordnung.

Aus einem Urteil des **Kammergerichts** (12. Zivilsen.) vom 25. Oktober 1916 (12 U. 674/12).

Nicht selten enthalten Gesetze und Verordnungen die Bestimmung, daß sie „mit dem Tage ihrer Verkündung" in Kraft treten. Namentlich bei vielen der aus Anlaß des Krieges ergangenen Verordnungen ist dies der Fall. Zu vgl. z. B. Heft 34 von 1916 S. 801. Es ist der Zweifel entstanden, von welchem bestimmten Zeitpunkt ab ein solches Gesetz oder eine solche Verordnung gilt. Hierüber spricht sich das Kammergericht nach einer Mitteilung in der „Juristischen Wochenschrift" 45 S. 1545, wie folgt, aus:

Diese Ausdrucksweise weist unverkennbar darauf hin, daß hierbei der „Tag" als einheitliches Ganzes gedacht ist, die Stunde der Verkündigung innerhalb dieses Tages also bedeutungslos ist. Der Zeitpunkt der Verkündigung wird dann auch nicht amtlich festgestellt und zur Kenntnis gebracht, sondern nur der Tag, an dem das die Verordnung enthaltende Blatt ausgegeben ist. Es ist aber undenkbar, daß der Geltungsbeginn einer Verordnung von nachträglichen, den Zeitpunkt der Ausgabe des Gesetzblattes betreffenden Nachforschungen abhängig sein sollte. Derartige Unsicherheit des Rechtszustandes kann von dem Bundesrat nicht gewollt sein. Die Verordnung kann daher nur mit Beginn oder mit Ablauf des Tages in Kraft getreten sein. Man muß sich für den Ablauf des Tages entscheiden, weil die Verordnung, wenn sie zur Zeit ihrer Bekanntmachung sich auf den alsdann bereits abgelaufenen Zeitteil des Tages beziehen würde, insoweit rückwirkende Kraft haben würde, die Verordnung aber eine Ausnahme von der Regel der Nichtrückwirkung der Gesetze sicherlich ausdrücklich oder mindestens unzweideutig erklärt haben würde, wenn sie die Ausnahme gewollt hätte, was nicht geschehen ist.

Sprechsaal.

Zur Frage des Wegfalls der Beitragspflicht aus § 397 Abs. 1 RVO. beim Wegfall des Interesses an der Abmeldung

erhalten wir folgende Zuschrift:

Die im vorigen Jahrgange Heft 24 S. 570 erörterte Frage ist für die Kassenpraxis sehr wichtig und veranlaßt manche Zweifel. Denn wenn die Entscheidung des RVA. 2098, ArbVers. 1916 S. 58, besagt, daß die Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge sich erledigt, wenn kein öffentliches Interesse mehr besteht, so wird es sich doch oft fragen, wann dieses Interesse nicht mehr als bestehend anzuerkennen ist. Man wird dies nur anerkennen können, wenn die Kasse nicht nur von der Tatsache der Beendigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses, sondern auch von dem bestimmten Zeitpunkte dieser Beendigung zuverlässige Kenntnis erlangt hat; und als zuverlässig wird man nur eine Kenntnis ansehen können, die mindestens soviel Gewähr der Richtigkeit für sich hat, wie eine pflichtmäßige Abmeldung durch den Arbeitgeber bei der Kasse. Deshalb ist mit gutem Grunde die Anzeige des Versicherten, daß er aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden sei und sich freiwillig weiterversichern wolle, für keine Erledigung des Interesses der Kasse angesehen worden (ArbVers. 1916 Heft 2 S. 47 Ziff. 2). Der Arbeitgeber, dem die Abmeldepflicht obliegt, könnte möglicherweise anderer Meinung sein, z. B. wenn der Versicherte davon ausgeht, daß sein Jahresarbeitsverdienst jetzt über 2500 ℳ betrage (§ 165 Abs. 2 RVO.), während der Arbeitgeber dies bestreitet. Jedenfalls darf die Kasse verlangen, daß der meldepflichtige Arbeitgeber das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bestätigt. Ebenso reicht, wie in ArbVers. 1916 S. 571 mit Recht ausgeführt ist, die Anmeldung durch einen anderen Arbeitgeber nicht hin, um die Abmeldung durch den bisherigen Arbeitgeber

Digitized by Google

überflüssig zu machen. Die Sache verhält sich mit der Abmeldepflicht wohl ähnlich wie mit der Anmeldepflicht. Wenn der Arbeitgeber eines soeben bei ihm eingetretenen Versicherungspflichtigen die Befreiung desselben nach §§ 174, 418 RVO. beantragt, so kann das als Anmeldung nur gelten, falls alles Wesentliche aus dem Antrag zu ersehen ist, was durch die Satzung zur Berechnung der Beiträge gefordert wird (§ 318 Abs. 1); denn nur wenn dem Antrage stattgegeben wird, wirkt das vom Eingange des Antrags an (§ 175); wird ihm nicht stattgegeben, so muß die Kasse trotz des Befreiungsantrags die näheren Angaben über das Beschäftigungsverhältnis erhalten, damit sie die Beiträge vom Beginn der Beschäftigung an richtig berechnen kann. Deshalb kann ein Befreiungsantrag, der solche Angaben nicht enthält, die Anmeldung nicht ersetzen. Ebenso kann man, wenn der Arbeitgeber selbst (nicht der Versicherte) im Laufe des Beschäftigungsverhältnisses die Befreiung des Beschäftigten von der Versicherungspflicht beantragt, dies als Abmeldung ansehen, wenn dem Antrage stattgegeben wird; denn dann steht infolge des § 175 Abs. 1 auch der Zeitpunkt der Beendigung der Versicherungspflicht fest (ArbVers. 1909 S. 205 Ziff. 5).

Im Zentralbl. der Reichsversicherung 1916 Sp. 568 hat Hoffmann bemerkt, daß der Arbeitgeber trotz der Weiterversicherung des von ihm bisher Beschäftigten zur Abmeldung verpflichtet ist. Er fügt aber unter Bezugnahme auf die oben erwähnte Entscheidung des Reichsversicherungsamts hinzu: „Eine Verpflichtung zur Fortzahlung der Beiträge besteht an sich bei unterlassener Abmeldung (§ 397 Abs. 1 RVO.), ist aber nicht anzunehmen, weil die Kasse durch die Weiterversicherung von der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses Kenntnis erhalten hat". Nach dem oben Gesagten ist das nicht richtig. Das hat wohl Hoffmann selbst inzwischen eingesehen. Denn in einem neueren Aufsatz im Zentralbl. der Reichsversicherung 1916 Sp. 871 kommt er wieder auf dieselbe Entscheidung zu sprechen und bemerkt: „Das VA.R hat zwar angenommen, daß die Verpflichtung zur Abmeldung für den Arbeitgeber dann entfalle, wenn für die Vornahme der Abmeldung kein öffentliches Interesse mehr bestehe, z. B. wenn die Kasse durch ein auf Grund des § 405 Abs. 2 RVO. schwebendes Beitragsverfahren von der Lösung des Beitragsverhältnisses (das soll wohl „Beschäftigungsverhältnis" heißen) Kenntnis erhalte. Allein diese Auffassung führt zu ganz unübersehbaren Ausnahmen und könnte in der Mehrzahl der Fälle den Arbeitgeber zu dem Einwande berechtigen, daß die Kasse ja auf anderem Wege bereits von der Entlassung des Arbeiters Kenntnis erlangt habe und daher ein öffentliches Interesse an der Abmeldung nicht angenommen werden könne." Aber das Reichsversicherungsamt hat gar nicht so allgemein ausgesprochen, daß jede Art von Kenntnis, welche die Kasse auf andere Weise als durch Abmeldung erlangt, die Abmeldung überflüssig macht, sondern es hat angenommen, daß zur Anwendung des § 397 kein Anlaß mehr vorlag, als bei der Kasse kein Zweifel mehr bestehen konnte, daß das Beschäftigungsverhältnis gelöst war; dieses sei jedenfalls dann der Fall gewesen, als die Kasse das Schreiben des Versicherungsamts über die den Antrag auf Entscheidung nach § 405 Abs. 2 enthaltende Vorstellung des Arbeitgebers erhalten hatte. Das kann man gelten lassen. Wenn auch hier keine direkte Mitteilung des Arbeitgebers an die Kasse vorliegt, so war die Mitteilung des Arbeitgebers doch in einer an die Amtsstelle gerichteten Eingabe enthalten und von dieser an die Kasse gelangt. In diesem Zeitpunkt hatte die Kasse eine Kenntnis erlangt, die der direkten Abmeldung an Zuverlässigkeit gleichwertig war. In diesem Zeitpunkt war somit das öffentliche Interesse an der Abmeldung wirklich erledigt und der Grund für weitere Beitragsleistung des Arbeitgebers nach § 397 hinfällig. Der maßgebende Grund dafür ist am Schlusse der Entscheidung angegeben: „Die Kasse war unter den obwaltenden Umständen nunmehr in der Lage, ihre Register zu berichtigen. Damit war dem Zwecke der Vorschrift als einer Kontrollvorschrift zur Geschäftserleichterung für die Kasse Genüge geschehen." Wenn man dies Erfordernis fest im Auge behält, kann man in der Kassenpraxis mit der Entscheidung auskommen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vaterländischer Hilfsdienst und Sozialversicherung.

Die Durchführung des Gesetzes über den Vaterländischen Hilfsdienst wird eingreifende Veränderungen im Bestande der wirtschaftlich unselbständigen erwerbstätigen Bevölkerung zur Folge haben: Umgruppierungen der bisher schon Erwerbstätigen und den Hinzutritt zahlreicher Personen, die bisher eine Erwerbstätigkeit überhaupt nicht oder nicht als wirtschaftlich Unselbständige ausgeübt haben. Das muß selbstverständlich, je nach den besonderen örtlichen Verhältnissen und je nach den Verhältnissen der von dem Gesetze besonders betroffenen Erwerbs- oder sonstigen Betriebszweige, mehr oder weniger eingreifend auch den Versichertenbestand auf allen Versicherungsgebieten beeinflussen.

Neben dieser praktischen Bedeutung werden auch Rechtsfragen der Arbeiter- und Angestelltenversicherung hervortreten. Vor allem ist sofort das Bedenken aufgetaucht und als unbegründet abzuweisen, ob etwa die Betätigung im Hilfsdienst der militärdienstlichen Beschäftigung gleichgestellt oder als unfreie Tätigkeit angesehen werden und deshalb aus der Versicherung herausfallen könne. Das Gesetz sieht es zunächst auf freiwillige Meldungen zum Vaterländischen Hilfsdienst ab; als solcher gilt jede Beschäftigung bei Behörden, behördlichen Einrichtungen, in der Kriegsindustrie, in der Land- und Forstwirtschaft, in der Krankenpflege, in kriegswirtschaftlichen Organisationen jeder Art oder in sonstigen Berufen oder Betrieben, die für Zwecke der Kriegsführung oder der Volks-

Digitized by Google

versorgung unmittelbar oder mittelbar Bedeutung haben. Ein Zwang zum Hilfsdienst wird nur ausgeübt, wenn der Bedarf nicht durch freiwillige Meldungen gedeckt werden kann. Er darf nur ausgeübt werden gegen männliche Deutsche vom vollendeten 17. bis zum vollendeten 60. Lebensjahr, sofern sie nicht zum Dienst in der bewaffneten Macht einberufen sind. Die freiwillig Eintretenden erhalten Entgelt auf Grund freier Arbeitsverträge; auch da, wo im Wege der Verwaltung bestimmte Sätze für gewisse Tätigkeiten festgesetzt sind, sind diese als vereinbart anzusehen, da der freiwillig Eintretende eben durch seine freiwillige Übernahme der Beschäftigung sich den maßgebenden Bestimmungen über die Vergütung unterwirft. Die Versicherungspflicht auf allen Versicherungsgebieten kann hiernach nicht zweifelhaft sein.

Aber auch wo nach den Vorschriften des Gesetzes zum Zwange geschritten werden müßte, würde die Rechtslage nicht anders zu beurteilen sein. Selbstverständlich bedeutet das Gesetz, insoweit es diesen Zwang zuläßt und verordnet, einen einschneidenden Eingriff in das wirtschaftliche Selbstbestimmungsrecht der davon Betroffenen, aber nicht so, daß sie dadurch zu „unfreien" Personen werden. Freiheit ist nicht Losgebundensein vom Gesetz. Wem eine gesetzliche Pflicht auferlegt ist, der wird dadurch nicht unfrei im Rechtssinne, mag er nun zur Erfüllung der Pflicht freudig oder notgedrungen bereit oder gar gezwungen sein. Auch der Soldat, der zur Erfüllung der militärischen Dienstpflicht angehalten wird, bleibt, in den Grenzen der militärischen Disziplin, ein freier Mann. Daß der Militärdienst von der Versicherungspflicht ausgenommen ist, beruht auf besonderen gesetzlichen Vorschriften. Hinsichtlich der Vaterländischen Zivildienstpflicht fehlt es an entsprechenden Vorschriften. Daher sind die allgemeinen gesetzlichen Vorschriften über die Versicherungspflicht zur Geltung zu bringen. Arbeitgeber der Versicherungspflichtigen sind die Behörden des Staats oder der Gemeinden, die Körperschaften, die Unternehmer der Betriebe usw., von denen oder für deren Rechnung das Unternehmen betrieben wird, in welchem die hilfsdienstliche Beschäftigung stattfindet.

In den Hilfsdienst werden auch zahlreiche wirtschaftlich selbständige Personen eintreten, d. h. solche, die bisher entweder überhaupt nicht erwerbstätig waren oder eine Erwerbstätigkeit für eigene Rechnung, unabhängig von einem Unternehmer, ausgeübt haben. Hinsichtlich ihrer wird die Frage auftauchen, ob sie durch ihre hilfsdienstliche Beschäftigung versicherungspflichtig werden. Es sei hier nur kurz auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2040, Amtl. Nachr. 1915 S. 560, Arb.Vers. 1915 S. 514, ferner auf die Auskünfte in Arb.Vers. 1916 S. 119 Ziff. 3, S. 790 Ziff. 5 und anderseits auf Arb.Vers. 1916 S. 117 hingewiesen. Es handelt sich in solchen Fällen um Personen, die unter dem Zwange von Verhältnissen, deren Dauer nicht absehbar ist, eine wirtschaftlich unselbständige Beschäftigung ergreifen. Man wird sie wohl für versicherungspflichtig ansehen müssen, wenn nicht etwa besondere Umstände vorliegen, durch welche die Annahme einer nur „vorübergehenden" und darum versicherungsfreien Beschäftigung gerechtfertigt wird (§§ 168, 1232 RVO., § 8 AngestVerGes. und die dazu ergangenen Bekanntmachungen des Reichskanzlers).

Insoweit die Versicherungspflicht davon abhängt, ob die hilfsdienstliche Beschäftigung den Hauptberuf bildet (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2, § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO., § 1 Abs. 1 Ziff. 2 AngestVersG.), werden gleichfalls Zweifel auftauchen, namentlich bei Personen, die nach ihrer sozialen Stellung wirtschaftlich unselbständige Arbeit sonst nicht zu übernehmen pflegen, gleichviel ob sie im übrigen bisher nur selbständig oder überhaupt nicht erwerbstätig gewesen sind. Hierüber sei auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2045, Amtl. Nachr. 1915 S. 578, Arb.Vers. 1915 S. 589, ferner auf die Entscheidung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung und Arb.Vers. 1916 S. 297, außerdem auf die Fälle daselbst S. 478 Ziff. 1 hingewiesen.

Im Gebiete der Invalidenversicherung würde freilich die Versicherungs- und Beitragspflicht von solchen Personen, die nach dem Kriege voraussichtlich eine versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausüben und daher keinen Vorteil von ihrer Beitragsleistung haben werden, als unbillige Belastung empfunden werden. Für das Gebiet der Angestelltenversicherung ist das gleiche Bedenken durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 30. September 1916 (Arb.Vers. 1916 Heft 30 S. 711) erledigt. Vielleicht entschließt man sich für die Invalidenversicherung zu einem gleichen gesetzgeberischen Schritte mindestens hinsichtlich der Hilfsdienstpflichtigen.

Die Krankenkassen im Dienste der Durchführung des Hilfsdienstgesetzes.

In der „Frankfurter Zeitung" veröffentlicht R. Baum Bemerkungen zur Durchführung der Zivildienstpflicht. Am Schlusse heißt es:

„Schließlich sei noch über die Freiwilligen-Meldung gesprochen. Die wahllose Anerbietung von Kräften und Verwertung dürfte dem Sinne des Gesetzgebers nicht entsprechen und wäre geeignet, unsere ganze Wirtschaftsordnung auf den Kopf zu stellen. Nur mit organisierter Freiwilligkeit kann im Augenblick ein Erfolg erzielt werden und aus diesem Grunde ist es Aufgabe der Organisationen, hier aufklärend in Versammlungen und schriftlich zu wirken. Eine gleichzeitig einsetzende Erhebung über die Zahl der in Betracht kommenden Zivildienstpflichtigen kann mit Hilfe der Krankenkassen und Privatbeamtenversicherung in vollem Umfange erfolgen und wird rasch die erforderliche Übersicht über die vorhandenen Kräfte gewähren. Jedenfalls ist überall dem Glauben entgegenzutreten, als ob nun eine gewaltsame Umkehrung aller wirtschaftlichen Anschauungen eintreten solle. Je weniger Veränderungen eintreten müssen, um so wirksamer ist die Tätigkeit innerhalb der Zivildienstpflicht. Es soll doch nicht vergessen werden, daß wir in hoffentlich nicht zu ferner Zeit auch an eine Rückleitung aus diesem Gesetze zu denken haben und diese wird um so schwieriger, je mehr wir uns von der bisherigen Handhabung unseres Berufslebens entfernen." —

Wir bemerken hierzu: Die Kassen werden sich auf ergehende Aufforderung einer Mitwirkung zu dem vaterländischen Zwecke gewiß nicht entziehen. Eine Verpflichtung hierzu besteht freilich einstweilen nicht und kann insbesondere nicht aus § 116 RVO. hergeleitet werden, der nur den Vollzug der RVO. betrifft; sie könnte aber den Krankenkassen im Wege der Verordnung auferlegt werden. Hierauf wird man es gegebenenfalls gewiß nicht erst ankommen lassen.

Die Kassenärzte und das Hilfsdienstgesetz.

In der „Deutschen Medizinischen Presse" bemerkt Dr. Gumpertz in einem Aufsatz über die Heranziehung der Ärzte zum vaterländischen Hilfsdienst u. a. folgendes:

Digitized by Google

Nach den im Gesetzentwurfe ausgesprochenen Prinzipien ist die Verwendung der Ärzte lediglich in ihrem Berufe zu erwarten. Natürlich bleiben die in Universitätsinstituten, in städtischen oder Provinzialkrankenhäusern tätigen Mediziner an ihrem Platze. Von einer Überfülle ist da niemals die Rede; eher darf man damit rechnen, daß die militärische Einberufung hier weitere Lücken schafft, die durch Zivildienstpflichtige auszufüllen sind. Die bloße Zugehörigkeit eines Arztes zum Lehrkörper einer Universität macht ihn dort nicht unentbehrlich. Das gleiche gilt von der Anstellung bei einer oder mehreren Krankenkassen. Bei dem System freier oder beschränkter Auswahl besteht in Großstädten oft ein Überfluß an Kräften. Von Distriktsärzten sowie von den wenigen nicht militärisch verwendeten fixierten Spezialisten großstädtischer Kassenverbände dürfte kaum ein Kollege entbehrt werden; hat man doch da schon zu dem Mittel der behördlichen Reklamation der nicht oder nicht mehr Felddienstfähigen gegriffen, um nicht mit lauter Vertretern arbeiten zu müssen. Aber die Arbeit für Krankenkassen läßt ebenso wie Privatpraxis vielen älteren Ärzten noch Zeit, sich im Militär- oder vaterländischen Dienste — in ihrem Wohnorte — zu betätigen.

Es ergeben sich folgende Leitsätze:

a) außerhalb ihres Wohnortes — also im Heimat- oder okkupierten Gebiete — dürfen verwendet werden:
   1. ohne Formalitäten alle nicht niedergelassenen Ärzte unter 60 Jahren, soweit es ihr Gesundheitszustand erlaubt;
   2. bei Bedarf auch niedergelassene Ärzte, sobald ihre offizielle Standesvertretung (Ärztekammer) sie als abkömmlich bezeichnet;
b) in ihrem Wohnorte oder in dessen nächster Umgebung haben sämtliche nicht invaliden Ärzte unter 60 Jahren dem Rufe des Kriegsamtes zu folgen.

Wir glauben indessen nicht, daß es zu zwangsweiser Verwendung irgend eines Arztes kommen wird. Da die Militärbehörde keineswegs alle dienstbereiten Ärzte dauernd als Vertragsärzte benötigt, so ist als sicher anzunehmen, daß das Kriegsamt an Freiwilligen keinen Mangel haben wird; auch nicht zur Versorgung arztfreier Gegenden in Deutschland oder im Okkupationsgebiete. Man fordere also Zivilärzte auf, sich freiwillig zu melden unter Angabe ihrer Fähigkeiten und der gewünschten Beschäftigung.

Verhältnis der Ersatzkassen zu den gesetzlichen Krankenkassen.

Auf eine Anregung aus dem Kreise unserer Leser teilen wir, in Ergänzung des im Heft 29 des Jahrg. 1916 S. 690 enthaltenen kurzen Verhandlungsberichtes über diese Frage, sowie unter Hinweis auf Heft 36, S. 859, nunmehr vollständig die Eingabe mit, die der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen (Dresden) unterm 14. Juli 1916 an das Reichsamt des Innern gerichtet hat:

„Der Verband kaufmännischer Ersatzkassen hat dem Reichsamt des Innern unterm 15. Februar 1916 eine Eingabe überreicht, in der er sich mit dem Verhältnis der Ersatzkassen zu den Ortskrankenkassen und mit den Beschlüssen und Eingaben des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen beschäftigt. Der Vorstand des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen hat sich mit der ihm in Abschrift zugegangenen Eingabe befaßt und beschlossen, dem hohen Reichsamt des Innern eine Erwiderung zuzustellen. In Ausführung dieses Beschlusses wurde zunächst bei den angeschlossenen Kassen eine Erhebung darüber veranstaltet, welche Einnahmen und Ausgaben ihnen aus den Vorschriften über die Ersatzkassen erwachsen sind. Das Ergebnis dieser Umfrage liegt jetzt vor, infolgedessen kann die Eingabe des Verbandes kaufmännischer Ersatzkassen erst jetzt beantwortet werden. Im einzelnen wird dazu folgendes bemerkt:

Der Verband kaufmännischer Ersatzkassen versucht in der Eingabe, die unhaltbare Stellung der Ersatzkassen durch beweislose Vorwürfe gegen die Ortskrankenkassen zu verdecken. Der auffallende Mangel an Sachkenntnis wird auch nicht durch den überheblichen Ton der Eingabe gemildert.

Es wird ganz entschieden Verwahrung dagegen eingelegt, daß der Hauptverband ohne jegliches Beweismaterial Angriffe gegen die Ersatzkassen gerichtet haben soll und daß als Folge der Beschlüsse des Hauptverbandes die Ortskrankenkassen sich ungesetzliche Handlungen zuschulden kommen ließen.

Der Verband kaufmännischer Ersatzkassen versucht eine Berechnung darüber aufzustellen, welche Gewinne die Ortskrankenkassen auf Grund der jetzigen Vorschriften über die Ersatzkassen erzielen. Da er aber beweiskräftiges Material nicht besitzt, erhebt er gegen die Ortskrankenkassen den Vorwurf, ihre Geschäftsberichte seien mangelhaft. Gegen diesen Vorwurf wird Einspruch erhoben. Die Ortskrankenkassen müssen sich bei der Vielgestaltigkeit der Vorgänge, über die sie zu berichten haben, größte Beschränkung auferlegen und können nur das Wichtigste berichten. Es ist daher erklärlich, daß sie sich nicht noch der fruchtlosen Mühe unterziehen, über die Ersatzkassenmitglieder zu berichten, die ihnen schon genügend unnötige Verwaltungsarbeit auferlegen.

Die Überschüsse der Ortskrankenkassen München und Dresden aus Arbeitgeberbeiträgen für Ersatzkassenmitglieder, die der Verband kaufmännischer Ersatzkassen herausrechnet, sind in Wirklichkeit nicht vorhanden. Zunächst ist nicht richtig, daß der Ortskrankenkasse München von den Arbeitgeberbeiträgen nur ein Fünftel der angegebenen Summe verbleibt. Dem Verband kaufmännischer Ersatzkassen ist offenbar nicht bekannt, daß die Ortskrankenkassen nicht an alle Ersatzkassen vier Fünftel des Arbeitgeberbeitragsteils abzuführen haben, sondern nur an solche, für die eine Anordnung des Bundesrats nach § 518 RVO. ergangen ist. Die „Gewinne" der Ortskrankenkasse München müßten also noch höher sein, wenn es richtig wäre, daß auf den Kopf des Ersatzkassenmitgliedes nur eine Verwaltungsausgabe von 2 ℳ entfällt. Es ist aber nicht angängig, in dieser Weise zu rechnen. Die Verwaltungskosten müssen vielmehr als Ganzes betrachtet werden. Die Berechnung auf den Kopf des Mitglieds hat nur statistischen Wert. Ein Mitglied verursacht viel, ein anderes wenig Verwaltungskosten. Es mag Ersatzkassenmitglieder geben, für die die Kasse nur in ganz geringem Maße tätig ist; andere dagegen erfordern Hunderte von Mark Verwaltungsaufwand, je nach Lage des Einzelfalles.

Die Annahme des Verbandes kaufmännischer Ersatzkassen, daß an der Steigerung der Verwaltungskosten die Ersatzkassenmitglieder nicht wesentlich beteiligt sind, konnte nur dadurch zustande kommen, daß den Verfassern der Eingabe die Verwaltungseinrichtungen der Ortskrankenkassen unbekannt sind. Tatsache ist leider, daß die Neuregelung des Verhältnisses zu den Ersatzkassenmitgliedern den Kassen eine außerordentliche Komplizierung der Verwaltungseinrichtungen gebracht hat. Man kann die Verwaltungsarbeiten der Ortskrankenkassen in drei

Digitized by Google

Hauptgruppen teilen: Meldewesen, Beitragseinziehung, Unterstützungswesen. Die Ersatzkassenmitglieder, deren Rechte und Pflichten ruhen, sind nur an letzterem Zweige nicht beteiligt. Dies wird aber reichlich aufgewogen durch die Erschwernisse in den andern Abteilungen. Die Hebelisten derjenigen Ortskrankenkassen, die mit einer stärkeren Zahl von Ersatzkassenmitgliedern zu rechnen haben, müssen besondere Spalten für Ersatzkassenmitglieder führen und diese Spalten gehen durch sämtliche Kassenbücher. Sie erschweren die Verwaltungsarbeit ungemein.

Die von dem unterzeichneten Verbande bearbeitete Umfrage zeigt ein wesentlich anderes Bild als die willkürlich angenommenen Zahlen des Verbandes kaufmännischer Ersatzkassen. Die Umfrage ist von 790 Ortskrankenkassen mit 4 438 836 Mitgliedern beantwortet worden. Diese Kassen haben 66 551 Ersatzkassenmitglieder gezählt, und zwar kamen auf 2 166 771 männliche Mitglieder 55 422 (2,55 v. H.) männliche Ersatzkassenmitglieder und auf 2 272 065 weibliche Mitglieder 11 129 (0,49 v. H.) weibliche Ersatzkassenmitglieder. An Beiträgen für Ersatzkassenmitglieder sind von den Arbeitgebern . . . . . 999 415 ℳ
gezahlt worden, während hiervon an Ersatzkassen . . . . . 602 648 „
zurückflossen. Hiernach verblieben den Kassen noch . . . . . 396 767 ℳ.

Die Mitglieder derjenigen Ersatzkassen, für die eine Anordnung nach § 518 RVO. erlassen worden ist, sind also an der Summe von . . . . . 999 415 ℳ
mit . . . . . 753 310 „
beteiligt. Es verbleiben sonach für die andern Mitglieder . . . . . 246 105 ℳ,
die nach § 364 RVO. an die Rücklage abzuführen sind.

Von den für die obenbezeichnete Art von Ersatzkassenmitgliedern gezahlten . . 753 310 ℳ
Beiträgen sind . . . . . 602 648 „
an die Ersatzkassen gezahlt worden, so daß noch . . . . . 150 662 ℳ
bleiben, die ebenfalls der Rücklage zuzuführen sind. Die an der Umfrage beteiligten Ortskrankenkassen haben nun angegeben, daß sie einen Verwaltungsaufwand für Ersatzkassenmitglieder von . . 195 737 ℳ
zu verzeichnen hatten. Hierbei sind jedoch die Generalunkosten (Miete usw.) nicht eingerechnet. Dieser Verwaltungsaufwand ist hauptsächlich für die Mitglieder der im § 518 RVO. genannten Ersatzkassen entstanden; er wird also nicht durch das eine Fünftel gedeckt, das den Ortskrankenkassen aus dem Arbeitgeberanteile dieser Ersatzkassenmitglieder in Höhe von . . . . . 150 662 „
verbleibt. Es ist vielmehr noch ein Fehlbetrag von . . . . . 45 075 ℳ.

Es müssen also die übrigen Mitglieder durch ihre Beiträge mithelfen, den Verwaltungsaufwand für diese Ersatzkassenmitglieder zu decken.

Selbst wenn aber einzelne Kassen einen kleinen Überschuß erzielen sollten, so würden sie doch gern darauf verzichten, wenn sie dafür eine einfachere Verwaltung und den Fortfall der überflüssigen Verwaltungsarbeiten durch den Verkehr mit den Ersatzkassen eintauschen könnten. Die Ortskrankenkassen haben an der jetzigen Regelung des Verhältnisses zu den Ersatzkassen keinerlei Interesse. Warum die Regelung so getroffen wurde, saat die Eingabe des Verbandes kaufmännischer Ersatzkassen mit dürren Worten: Die Ersatzkassen könnten ohne die Arbeitgeberanteile nicht lebensfähig erhalten werden. Die Ortskrankenkassen sehen sich also folgenden Tatsachen gegenüber: Ein Teil der krankenversicherten Bevölkerung, und zwar der zahlungsfähigere, entzieht sich durch die Ersatzkassen der Beteiligung an den allgemeinen Lasten. Die Ortskrankenkassen aber sind gezwungen, diese von ihnen als schädlich und gegen die Grundgedanken der Sozialversicherung verstoßenden Einrichtungen stützen zu helfen dadurch, daß sie als unentgeltliche Beitragskassierer für die Ersatzkassen arbeiten müssen. Wenn der Gesetzgeber es für notwendig hielt, die Ersatzkassen mit Hilfe des Geldes der Arbeitgeber lebensfähig zu erhalten, so hätte er es ihnen selbst überlassen sollen, die Beiträge einzuziehen. Statt dessen müssen die Ortskrankenkassen die An- und Abmeldung dieser Versicherten überwachen und dafür sorgen, daß die Beiträge, erforderlichenfalls im Wege der Zwangsvollstreckung, eingezogen werden. Sie dürfen die dadurch entstehenden Kosten übernehmen, damit ein möglichst großer Betrag der Arbeitgeberbeiträge den Ersatzkassen zufließt. Es wird den Ortskrankenkassen nicht verübelt werden können, wenn sie einen solchen Rechtszustand nicht als der Weisheit letzten Schluß ansehen.

Zum Danke für die unentgeltliche Beitragskassierung versuchen die kaufmännischen Ersatzkassen durch eine marktschreierische und unwahrhaftige Reklame die Ortskrankenkassen in der öffentlichen Meinung herabzusetzen, sich selbst aber mit ihren die Leistungen der Ortskrankenkassen angeblich weit übersteigenden Unterstützungen Urteilsunfähigen anzupreisen. Diese Reklame ist auch noch in der ersten Zeit nach Ausbruch des Krieges betrieben worden. Nun ist es aber lediglich ein einfaches versicherungstechnisches Rechenexempel, an die zumeist im jugendlichen Alter stehenden Handlungsgehilfen gegen einen entsprechenden Beitrag ein höheres Krankengeld zu leisten. Demgegenüber ist die Gesunderhaltung der gering entlohnten, zu einem erheblichen Teil unter äußerster Gefährdung ihrer Gesundheit arbeitenden Millionen durch die Zwangskassen eine soziale Errungenschaft von außerordentlicher Bedeutung. Die Leistungen der Ersatzkassen sind damit überhaupt nicht vergleichbar. Bedauerlich ist nur, daß der Gesetzgeber es zuließ, die allgemeine Zwangsversicherung durch die überlebten Ersatzkassen zu durchbrechen.

Auch in der jetzt vorliegenden Eingabe stellt der Verband kaufmännischer Ersatzkassen wieder die Behauptung auf, die Ersatzkassen stellen die bessere Versicherungsmöglichkeit dar. Wenn der Hauptverband zur Beleuchtung dieser „besseren Versicherungsmöglichkeit" auf das bedauerliche Verhalten der Ersatzkassen während des Krieges hingewiesen hat, so tat er es nicht, um eine Wirkung nach einer gewissen Richtung zu erzielen, wie der Verband kaufmännischer Ersatzkassen unterstellt. Wie berechtigt der Hinweis des Hauptverbandes war, beweist am besten die jüngst veröffentlichte Bundesratsbekanntmachung, die den Ersatzkassen nunmehr die Pflichten auferlegt, denen sie sich bisher zu entziehen versuchten. Der Verband kaufmännischer Ersatzkassen beantwortet diese Kritik damit, daß er behauptet, die Ortskrankenkassen hätten mit der Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer ein gutes Geschäft gemacht. Diese Behauptung ist um so unverantwortlicher, als dieser Verband seinen Sitz in Leipzig hat, also in derjenigen Stadt, deren Ortskrankenkasse im Jahre 1915 ein Mehraufwand von rund einer Million Mark aus der Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer erwachsen ist.

Auf derselben Stufe steht die andere Behauptung

Digitized by Google

des Verbandes kaufmännischer Ersatzkassen: der Hauptverband hätte, statt die Ersatzkassen anzuklagen, die Kriegsteilnehmer zur Weiterversicherung anhalten sollen. Der Hauptverband habe es aber nicht nur in dieser Beziehung offenbar an allem fehlen lassen, sondern er habe sich auch darüber gefreut, daß nur 12 v. H. der Kriegsteilnehmer sich weiterversichert haben. Dem Verband kaufmännischer Ersatzkassen ist also nicht bekannt, daß die Ortskrankenkassen in der gesamten Tagespresse immer wieder auf die Notwendigkeit der Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer hingewiesen haben. Die Ortskrankenkassen haben außerdem, zum Teil durch Rundschreiben an die Arbeitgeber, auf diese Möglichkeit aufmerksam gemacht. Sie haben ferner im Einvernehmen mit den Aufsichtsbehörden die Frist für die Weiterversicherung verlängert. Vereinzelt ist sogar versucht worden, durch Satzungsänderung eine längere Meldefrist zu ermöglichen.

Die Ersatzkassen glauben allerdings, daß die Weiterversicherung für sie eine nicht zu ertragende Bürde darstelle. Der Verband kaufmännischer Ersatzkassen kann sich offenbar gar nicht vorstellen, daß die Ortskrankenkassen gegenüber den Kriegsteilnehmern einen andern als den rein fiskalischen Standpunkt einnehmen.

Der Verband kaufmännischer Ersatzkassen fordert am Schlusse seiner Eingabe die gleichen Rechte, die die Zwangskassen haben und behauptet, daß die Ersatzkassen die gleichen Pflichten bereits besitzen. Er bestreitet insbesondere, indem er sich auf § 505 RVO. beruft, daß die Ersatzkassen die schlechten Risiken abzuschieben wissen. Allerdings dürfen die Ersatzkassen den Beitritt nicht vom Gesundheitszustande der Versicherungspflichtigen abhängig machen. Sie können jedoch diejenigen, welche sich zum Beitritt melden, ärztlich untersuchen lassen und den Beitritt Erkrankter zurückweisen. Der Verband kaufmännischer Ersatzkassen wird nicht behaupten wollen, daß die Ersatzkassen von diesem Rechte keinen Gebrauch machen. Würden die Ortskrankenkassen dieses Recht haben, so würde vermutlich ein sehr erheblicher Teil der Versicherungspflichtigen nicht Kassenmitglieder werden können.

Wenn die Ersatzkassen trotz dieser Schutzmaßnahme nur mit Hilfe der Arbeitgeberbeitragsteile ihr Leben fristen können, so ist das der beste Beweis dafür, daß sie ein Recht auf Existenz nicht mehr haben. Die Ortskrankenkassen wollen es den Handlungsgehilfen keineswegs verwehren, sich ein höheres Krankengeld zu sichern. Dazu bedarf es aber nicht der Einrichtung der Ersatzkassen. Die kaufmännischen Krankenkassen könnten sehr wohl auch weiter bestehen, wenn die Zugehörigkeit zu ihnen nicht von der Mitgliedschaft zur Zwangsversicherung befreite. Diesen Weg sind die meisten früheren eingeschriebenen Hilfskassen gegangen. Es liegt kein sozial berechtigter Grund vor, den Handlungsgehilfen eine Ausnahmestellung einzuräumen und es ihnen zu ermöglichen, sich im jugendlichen Alter den Lasten der Zwangsversicherung zu entziehen, während ihre Eltern, Geschwister, auch sie selbst in späterem Alter, die Zwangsversicherung belasten.

Der ergebenst unterzeichnete Verband hält aus den bisherigen Erfahrungen mit den neuen Vorschriften über die Ersatzkassen eine Änderung des jetzigen Rechtszustandes für dringend erforderlich. Die Vorrechte bestimmter Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (Abführung von vier Fünftel des Arbeitgeberbeitrags und, Zuerkennung des Charakters einer Ersatzeinrichtung für die Zwangsversicherung) müssen schleunigst beseitigt werden. Der Krankenversicherung erwachsen nach dem Kriege so große und vielgestaltige Aufgaben, daß keinem Teile der krankenversicherten Bevölkerung gestattet sein sollte, sich außerhalb der Zwangsversicherung zu stellen. Die Zwangskassen können auf keine wie immer gearteten Risiken verzichten. Das ganze in der Krankenversicherung vereinigte deutsche Volk muß zusammenstehen, um die großen sozialen Lasten gemeinsam zu tragen. Dies sollte eine der Früchte des großen Kampfes sein."

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

a) Befreiung russisch-polnischer Arbeiter von der Krankenversicherungspflicht (§ 418 RVO.). b) Nichtigkeit einer vertraglichen Versicherung bei der Krankenkasse.

1. **Nach A.** Antwort: a) Die russisch-polnischen Schnitter sind durch die Bek. des Reichskanzlers vom 2. November 1916 (Arb.Vers. 1916 Heft 34 S. 793) erst wieder versicherungspflichtig geworden und können hiervon nur auf Grund neuer Anträge nach § 418 RVO. befreit werden. Daß sie vor dem Kriege von der damals geltenden Versicherungspflicht auf Antrag befreit worden waren, erübrigt den jetzt zu stellenden und von neuem zu prüfenden Antrag nicht.

b) Daß während des Krieges bis zum Inkrafttreten der erwähnten Bekanntmachung „die russisch-polnischen Schnitter vielfach auf Grund eines besonderen Vertrages zwischen dem Arbeitgeber und der Landkrankenkasse bei dieser gegen Krankheit versichert waren", ist sehr bemerkenswert. Sie haben selbstverständlich Recht, wenn Sie annehmen, daß die Zeit dieser Versicherung den Wöchnerinnen

Digitized by Google

nicht als Versicherung auf Grund der Reichsversicherung im Sinne des § 195 RVO. angerechnet werden kann — schon deshalb nicht, weil das überhaupt keine Versicherung war; denn der Kasse war durch das Gesetz verboten, einen solchen Vertrag zu schließen (§ 25 Abs. 3 RVO.), und das hiergegen verstoßende Rechtsgeschäft ist deshalb nichtig (§ 134 BGB.).

Wer trägt die Kosten der Beweisstücke zur Begründung des Antrags auf Kassenleistungen?

2. Nach E. Frage: Ist die Ortskrankenkasse verpflichtet, die Wochenhilfspapiere die sie zur Auszahlung der Leistungen benötigt, auf eigene Kosten zu beschaffen? Wer kann hierzu angehalten werden?

Antwort: Bei der Invalidenversicherung schreibt das Gesetz vor, daß den Anträgen auf Leistungen die Beweisstücke beiliegen sollen (§ 1613 RVO.). Daher hat der Antragsteller der Regel nach auch die Kosten dafür zu tragen. Bei der Krankenversicherung fehlt eine solche Vorschrift. Doch wird man im allgemeinen davon ausgehen können, daß, wer einen Anspruch erhebt, ihn auch begründen muß und deshalb keinen Ersatz fordern kann für die Auslagen, die er gemacht hat, um die erforderlichen Unterlagen zu beschaffen. Wenn aber diese Unterlagen auch auf Verlangen der Kasse vom Antragsteller nicht beigebracht werden, so ist das kein Grund, den Antrag, sofern er nicht ersichtlich unbegründet ist, abzulehnen, sondern die Kasse muß selbst den Sachverhalt klarstellen, also nötigenfalls auch die erforderlichen Beweisstücke besorgen und die Kosten dafür tragen.

Abmelde- oder wenigstens Anzeigepflicht bei Befreiung aus § 169 RVO.

3. Nach F. Frage: Die bei den meisten Bürgermeisterämtern des Kassenbezirks tätigen Beamten und Angestellten haben einen Rechtsanspruch auf Weitergewährung ihrer Bezüge auf die Dauer von 26 Wochen und sind sonach nach § 169 RVO. krankenversicherungsfrei. Von keiner Gemeinde wurde dieses der Kasse mitgeteilt, so daß über den Beginn der Einräumung des Rechtsanspruchs sowie über die Personen, welche einen solchen haben, hier keine Kenntnis besteht. Erst auf Veranlassung der Kasse verfügte das Versicherungsamt, daß der Kasse Abschrift des in Frage kommenden Gemeinderatsbeschlusses, sowie ein Verzeichnis der versicherungsfreien Personen der Kasse einzureichen sei. Ein Teil der Gemeindebehörden kam dem nicht nach. Haben wir ein Recht, die bezeichneten Angaben zu verlangen?

Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat angenommen, daß beim Eintritt der Befreiung nach § 171 RVO. keine Abmeldepflicht bestehe (Arb.Vers. 1916 Heft 29 S. 680). Dasselbe müßte dann auch für die Fälle der §§ 169, 170 gelten. Die Entscheidung ist verfehlt; denn die Befreiung aus §§ 169 bis 171 bewirkt Beendigung der Versicherungspflicht und somit Ausscheiden aus dem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse, wie das Reichsversicherungsamt selbst mit Bezug auf § 313 angenommen hat (Arb.Vers. 1915 S. 824). Der vorliegende Fall zeigt so recht die unerträglichen praktischen Folgen jener Entscheidung des Reichsversicherungsamts. Sie können nur gemildert werden, wenn wenigstens die Aufsichtsbehörden der betreffenden Gemeindebehörden darauf dringen, daß diese nicht dem Gesetz ein Schnippchen schlagen und sich den Kassen gegenüber nicht ihren Arbeitgeberpflichten dadurch entziehen, daß sie ihnen die Grundlagen für die Heranziehung zu den satzungsmäßigen Beiträgen vorenthalten. Solches Verhalten einer Gemeindebehörde ist unverantwortlich; sie stellt sich dadurch selbst auf eine Stufe mit böswilligen Schuldnern und verleugnet jedes Verständnis für die sozialen Aufgaben der Krankenkasse und für ihre eigenen Aufgaben. Wir empfehlen, sich beschwerdeführend an die vorgesetzte Behörde der betreffenden Gemeindebehörden zu wenden. Das Versicherungsamt als solches hat ihnen gegenüber keine Zwangsbefugnis.

Neuer Leistungsanspruch eines dauernd Kranken?

4. Nach Salzwedel. Antwort: Wenn der Versicherte tatsächlich dauernd krank und entweder ärztlicher Behandlung oder eines Heilmittels bedürftig oder arbeitsunfähig ist, so liegt ein einheitlicher Versicherungsfall vor, wegen dessen der Versicherte durch die Leistungen der Kasse längst „ausgesteuert" ist und neue Ansprüche nicht erheben kann. Dabei würde es ohne Bedeutung sein, daß der Versicherte zeitweilig die Leistungen der Kasse nicht in Anspruch genommen hat, um die gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungsdauer nicht ablaufen zu lassen und nach einiger Zeit mit einer angeblich „neuen" Erkrankung hervorzutreten. Wir verweisen hierüber auf unsere Auskunft im Jahrg. 1910 S. 152 Ziff. 16. Danach kommt alles auf die Erweislichkeit Ihrer Annahme an, daß der Versicherte in dem bezeichneten Sinne dauernd krank, d. h. heilbedürftig oder arbeitsunfähig sei. Die Kasse muß versuchen, die Tatsachen und die Beweismittel sicherzustellen, um sie gegebenenfalls im Streitverfahren geltend zu machen. „Wie wir hören" usw. — das reicht nicht aus!

Wöchnerinnen unterstehen nicht der Krankenordnung.

5. Nach Loschwitz. Antwort: Eine Krankenordnung kann gemäß § 347 Abs. 1 RVO. nur für Kranke, nicht schlechtweg für Versicherte erlassen werden. Wöchnerinnen gelten aber als solche nicht für krank im Sinne dieser Vorschrift, auf sie bezieht sich also die Krankenordnung nicht (ebenso Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1b zu § 347). Demnach ist die Vorschrift „Wöchnerinnen haben sich während des Bezugs des Wochengeldes und sonst anstrengender Tätigkeit zu enthalten" ohne zwingende Kraft. Daher kann eine Wöchnerin, die nicht zugleich infolge von Krankheit arbeitsunfähig ist, nicht in eine Ordnungsstrafe genommen werden, weil sie arbeitet. Wenn sie freilich eine Arbeit verrichtet, obwohl sie sich dessen bewußt sein muß, daß diese ihr eine Krankheit zuziehen wird, so hat sie sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen, und es kann ihr bei entsprechender Satzungsvorschrift das Krankengeld versagt werden (§ 192 RVO.), sofern sie nunmehr über den Bezug des Wochengeldes hinaus infolge dieser Krankheit arbeitsunfähig ist. Das Wochengeld darf ihr trotzdem nicht versagt werden (vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. Anm. 3 letzter Absatz zu § 192). Insoweit eine Wöchnerin aber zugleich krank ist, unterliegt sie auch der Krankenordnung, und sie darf deren Verbot, bei Arbeitsunfähigkeit zu arbeiten oder sonstige ihrer Genesung hinderlichen Handlungen vorzunehmen, nicht entgegenhandeln (vgl. Ziff. 10a der Krankenordnung Ihrer Kasse).

Kosten einer von der Kasse angeordneten ärztlichen Nachuntersuchung.

6. Nach Troisdorf. Antwort: Wenn die Krankenkasse eine ärztliche Nachuntersuchung des

Digitized by Google

kranken Versicherten anordnet, so muß sie ihm die hierdurch entstehenden notwendigen Kosten, also Reise-, Zehrungs- und gegebenenfalls auch Begleitungskosten erstatten oder auf Erfordern vorschießen. Das ergibt sich aus der Erwägung, daß der Versicherte durch Maßnahmen der Kasse, die zur Feststellung seiner Ansprüche erfolgen, keinen Schaden erleiden darf. Zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1914 S. 810.

Nachträglicher Beschluß über Anrechnung früherer Dienstjahre von Kassenangestellten.

7. Nach Angermünde. Antwort: Die Bestimmung der Dienstordnung (des Besoldungsplans), daß außerhalb des Dienstes bei der Kasse zurückgelegte Dienstjahre auf das Besoldungsdienstalter angerechnet werden „können", enthält eine Ermächtigung, von der die Kassenverwaltung im Einzelfalle nach pflichtmäßigem Ermessen Gebrauch machen darf. Es mag dabei freilich zunächst nur an eine Entschließung bei der Anstellung gedacht sein; aber der Wortlaut steht einem späteren, durch die Gestaltung der Verhältnisse angezeigten Beschlusse nicht entgegen, und man wird sagen dürfen: Wenn die gegenwärtigen Verhältnisse es für geboten erscheinen lassen, um der Kasse die eingearbeiteten Hilfskräfte zu erhalten, ihnen nachträglich die außerhalb der Kasse zurückgelegten Dienstjahre anzurechnen und sie so in höhere Gehaltsklassen einrücken zu lassen, so bewegt sich ein dahingehender Beschluß des Vorstandes im Rahmen der Dienstordnung und ist daher zulässig. Doch bedarf ein solcher Beschluß im Hinblick auf § 345 Abs. 2 Ziff. 1 der Genehmigung des Ausschusses (Mustersatzung für Ortskrankenkassen § 95 Abs. 2, für Landkrankenkassen § 108 Abs. 2).

Der Anspruch Erwerbsloser nach § 214 RVO. bewirkt keine Verlängerung der Mitgliedschaft nach § 311.

8. Nach Liegnitz. Frage: Ein weibliches Mitglied unserer Kasse ist am 9. August aus der Beschäftigung ausgeschieden und am 20. August wiedergekommen. Die Wöchnerin erhielt das ihr zustehende Wochengeld. Am 1. Oktober erkrankte sie an Blinddarmentzündung, wodurch ihre Überführung ins Krankenhaus erforderlich wurde. Die Kasse hat den Anspruch auf die Erkrankung für die Blinddarmentzündung abgelehnt, da dies ein neuer Unterstützungsfall ist, auf den § 214 RVO. nicht mehr zutrifft. Die Armenverwaltung, die Ersatzansprüche stellt, beruft sich aber auf § 311 RVO. Welche Ansicht ist die richtige? Würde der Anspruch begründet sein, wenn die Wöchnerin bei der Entbindung noch Mitglied gewesen, aber erst nachträglich abgemeldet und nach Ablauf von 3 Wochen seit der Abmeldung erkrankt wäre?

Antwort: Der Tag der Abmeldung ist ohne Bedeutung für die Frage; nur auf den Tag des Ausscheidens aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung kommt es an. Mit diesem Tage schied die Versicherte auch aus der Kasse aus und es blieb ihr, unter den Voraussetzungen des § 214 RVO., nur noch der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintrat. Dies trifft zu auf die Niederkunft vom 20. August, aber nicht mehr auf die Erkrankung vom 1. Oktober. Die Berufung der Armenverwaltung auf § 311 RVO. ist verfehlt. Nach dieser Vorschrift bleiben Arbeitsunfähige solange Mitglieder, als die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Mitglied „bleiben" kann hiernach nur, wer es beim Eintritt des Versicherungsfalls noch ist. Wer aber nur noch als erwerbslos Ausgeschiedener einen Anspruch aus § 214 hat, wird dadurch nicht wieder Mitglied und kann daher auch nicht nach § 311 Mitglied „bleiben". Mithin hat die Wöchnerin wegen der erst nach Ablauf dreier Wochen nach ihrem Ausscheiden eingetretenen Erkrankung keinen Anspruch auf Leistungen der Kasse erlangt.

Umtausch von Versicherungsmarken.

9. Nach O. 133. Antwort: Die Vorschrift in Art. 7 Abs. 2 des Ges. v. 12. Juni 1916 (Arb.-Vers. 1916 S. 451) und in Ziff. I 2 Abs. 3 der Bek. vom 27. Oktober 1916 (Arb.-Vers. 1916 S 831), wonach die alten Marken bei den Markenverkaufsstellen umgetauscht werden können, entspricht dem Art. 72 Abs. 2 Einf.-Ges. zur RVO. (zu vgl. auch § 1411 Abs. 3 RVO.) und ist dem entsprechend zu verstehen. Im Sinne der RVO. aber und folglich auch im Sinne jener neuen Vorschriften sind nach § 1412 unter „Markenverkaufsstellen" nur die Postanstalten und die etwa von den Versicherungsanstalten eingerichteten „besonderen Verkaufsstellen" zu verstehen. Außerhalb solcher besonderen Verkaufsstellen kommen die Versicherungsanstalten für den Umtausch der Marken nicht in Betracht. Wenn der Vorstand einer Landesversicherungsanstalt bekannt macht, daß die alten Marken „bei der Versicherungsanstalt" gegen neue umgetauscht werden können, so wird man vielleicht annehmen können, daß er in seinem Verwaltungsgebäude die nötigen Einrichtungen dafür getroffen hat und daß daher diese Stelle insoweit einer „besonderen Verkaufsstelle" gleichsteht; immerhin bleibt diese Bekanntmachung mangelhaft.

Wer haftet für die Richtigkeit der Jahresrechnung bei Krankenkassen?

10. Nach O. K. H. Frage: Wir bitten um Auskunft, ob nach Prüfung der Jahresrechnung der Vorstand oder dessen beauftragter Sachverständiger oder der vom Ausschusse gewählte Rechnungsausschuß (bestehend aus drei Mitgliedern des Ausschusses) die Verantwortung trägt.

Antwort: Die „Aufstellung" der Jahresrechnung ist Sache des Vorstandes. Er hat daher im allgemeinen die Richtigkeit zu verantworten (§ 23 RVO.), auch soweit er sich bei dieser Arbeit der Hilfe eines Angestellten oder eines besonderen Rechnungsverständigen bedient. Naturgemäß aber können die Vorstandsmitglieder nicht alle Einzelheiten einer umfangreichen Jahresrechnung durchdringend prüfen und vertreten. Insoweit hat der zugezogene Sachverständige die erforderliche Sorgfalt zu vertreten und die Vorstandsmitglieder werden von der Verantwortung insoweit frei, falls ihnen nicht etwa ein Verschulden bei der Auswahl des Sachverständigen zur Last fällt. Die „Abnahme" der Jahresabrechnung aber ist Sache des Ausschusses (§ 345 Abs. 2 Ziff. 2) oder des von ihm gewählten Unterausschusses, dessen Mitglieder gleichfalls für getreue Pflichterfüllung bei der zur Abnahme der Rechnung gehörigen Prüfung haften (§ 23). Durch die Abnahme der Rechnung und Erteilung der Entlastung wird der Vorstand von seiner Haftung für etwaiges Verschulden nicht ohne weiteres frei (zu vgl. Hahn Anm. 2 Ziff. 2 zu § 345 RVO.)

Gehaltsanspruch des Kassenangestellten bei wiederholter Einziehung zum Kriegsdienst.

11. Nach Z. Antwort: Die Bestimmung der Dienstordnung stellt sich dar als besondere Ausgestaltung der gesetzlichen Vorschrift in § 616 BGB., wonach der Angestellte seinen Gehaltsanspruch nicht verliert, wenn er durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden „für eine verhältnis-

Digitized by Google

mäßig nicht erhebliche Zeit" an der Dienstleistung verhindert wird. Der Regel nach ist die verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit im Einzelfall nach billigem Ermessen zu bestimmen. Diesem Ermessen zieht die Dienstordnung eine schon weit erstreckte Grenze, wenn sie vorsieht, daß das Gehalt „für einen vom Beginn der Behinderung ab laufenden Zeitraum von sechs Monaten" weitergezahlt wird. Daß dieser Zeitraum zusammenhängend verlaufen müsse, ist weder nach § 616 BGB. noch nach der Dienstordnung anzunehmen; vielmehr sind, wenn die auf einem einheitlichen Grunde beruhende Behinderung zeitweilig ununterbrochen wird, die einzelnen Zeiträume der Behinderung unter Anwendung des § 126 RVO. zusammenzurechnen. Ein solcher Fall liegt vor, wenn der Angestellte zum Kriegsdienst einberufen, dann beurlaubt und bei der Kasse tätig war und nun wieder zur Fahne einberufen wird. Sobald er hiernach im ganzen 180 Tage hindurch an der Dienstleistung bei der Kasse verhindert war, würde also sein Anspruch auf Gehalt wegfallen. Doch wird man bei zeitlich weit auseinanderliegenden Einziehungen, je nach Umständen, in der erneuten Einberufung einen neuen, selbständig zu beurteilenden Behinderungsgrund finden und das Gehalt von neuem für volle 6 Monate zubilligen können.

Grenze der Erstattungspflicht aus § 197 RVO.

12. **Nach Ladenburg.** Antwort: Ihre Angaben geben uns keinen Anlaß für eine von der Auskunft im Jahrg. 1916 Heft 31 S. 743 Ziff. 7 abweichende Beurteilung. Da die Niederkunft am 19. Januar 1916 stattgefunden hat, kommt für den Rückgriff auf eine andere Kasse nach § 197 RVO. das Jahr vom 19. Januar 1915 bis zum 18. Januar 1916 in Betracht. Nach dem Verhältnis der Mitgliedzeit innerhalb dieses Jahres würde an sich die Kasse H. erstattungspflichtig sein, weil die Wöchnerin auch dieser Kasse angehört hat. Aber die Erstattungspflicht der Kasse kann nicht über das hinausgehen, was diese Kasse selbst zu leisten gehabt hätte, wenn die Niederkunft am letzten Tage der Zugehörigkeit zu dieser Kasse stattgefunden hätte. Hatte die Versicherte nach der Art ihres damaligen Beschäftigungsverhältnisses überhaupt keinen Anspruch auf Wochengeld, so hat die Kasse H. nichts zu erstatten. Daß sie vorher im Laufe des Jahres bei derselben Kasse mit Anspruch auf Wochengeld versichert war, ist gleichgültig. Dies ist der Sinn unserer Auskunft, auf deren Begründung wir im übrigen verweisen.

Kann die Krankenordnung den Anspruch auf Heilmittel wegen Verlassens des Kassenbezirks ausschließen?

13. **Nach Bergzabern.** Antwort: Die Umgehung des Kassenarztes durch Verlassen des Kassenbezirks nach der Erkrankung hat nach § 368 RVO. nur die Folge, daß die Bezahlung eines anderen Arztes, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann. Die Bezahlung der von dem anderen Arzte verordneten Heilmittel kann nicht ohne weiteres abgelehnt werden (vgl. Hahn, Anm. 2a zu § 368). Hiergegen verstößt Ziff. 16 Ihrer Krankenordnung. Sie ist insoweit ungültig, trotz der Genehmigung des Versicherungsamts. — Eine andere Frage ist die, ob die Kasse überhaupt verpflichtet ist, dem erkrankten Versicherten, der ohne Genehmigung der Kasse den Kassenbezirk verläßt, ihre Fürsorge zu gewähren. Diese Frage nach dem Erfüllungsort für die Leistungen der Krankenpflege ist nach Verschiedenheit der Fälle verschieden zu beantworten (vgl. Hahn, Anm. 10a zu § 182).

Kein Anspruch des Arbeitgebers gegen die Krankenkasse auf Ersatz von Pflegekosten.

14. **Nach Waldshut.** Antwort: Dem Arbeitgeber, der den arbeitsunfähigen Versicherten bis zu seinem Tode verpflegt hat, steht ein Anspruch gegen die Kasse auf Auszahlung des Krankengeldes oder auf Ersatz seiner Aufwendungen aus dem Krankengelde nicht zu. Die §§ 1531 ff. RVO. gelten für Betriebsunternehmer nur dann, wenn sie nach gesetzlicher Pflicht an Stelle des Armenverbandes Armenpflege geleistet haben (§ 1541). Ohne diese Voraussetzung kann der Arbeitgeber Ersatz nur von den Erben des Versicherten verlangen, d. i., wenn keine anderen bekannt sind, der Staat (§ 1936 BGB.).

Aufstellung und Abnahme der Jahresrechnung.

15. **Nach O.** Antwort: a) Wir halten den Standpunkt des Ausschusses für den richtigen. Die Aufstellung der Jahresrechnung ist Sache des Vorstandes. Wie er dieses Geschäft besorgt, ist Sache pflichtmäßigen Ermessens. Er wird sich der Regel nach dazu der Hilfe eines Angestellten bedienen, dessen Arbeit er durch einen aus seiner Mitte gewählten Ausschuß vorprüfen lassen kann. Die fertiggestellte Rechnung legt er dann dem Ausschuß der Kasse, also dem anderen Kassenorgane vor, dem die „Abnahme" der Jahresrechnung nach § 345 Abs. 2 Ziff. 2 RVO., also selbstverständlich auch die vorgängige Prüfung obliegt. Diese Prüfung ist ganz unabhängig von jener Vorprüfung, die zur Aufstellung der Rechnung gehört und daher Sache des Vorstandes war. Der Ausschuß kann mit der ihm obliegenden Prüfung gleichfalls einen aus seiner Mitte zu wählenden Unterausschuß beauftragen. Wenn statt dessen angeregt wurde, die Rechnung durch eine gemeinsame, vom Vorstand und vom Ausschuß beschickte Kommission unter Leitung eines geschäftsführenden Beamten prüfen zu lassen, so bedeutet das eine Verkennung und Verwirrung der durchaus getrennt zu haltenden besonderen Aufgaben der beiden Kassenorgane.

b) Dem Ausschuß der Kasse dürfen Kassenbeamte angehören; eine dem § 21 Abs. 4 RVO. entsprechende Vorschrift gilt für den Ausschuß nicht.

Der Schriftleitung gehen fortlaufend von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern zahlreiche Entscheidungen zur Veröffentlichung zu. Alle diese Eingänge werden sorgfältig geprüft und gern aufgenommen, wenn ein allgemeineres Interesse an den erörterten Fragen erkennbar ist. Wir legen Gewicht darauf, neben den obersten Spruchstellen auch die Oberversicherungsämter und die Versicherungsämter zu Wort kommen zu lassen, und sind daher für Übersendung geeigneter Entscheidungen in Abschriften dankbar.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Trosche l

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1160 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. Januar 1917 | Heft 2

Versicherungsverhältnisse des zum Feldeisenbahndienst abgeordneten Eisenbahnpersonals

Von Ministerialrat Dr. M. Reindl in München

Obwohl schon mehr als 2 Jahre seit Ausbruch des großen Weltkrieges vergangen sind, ist über die Versicherungsverhältnisse des zu den sogenannten Eisenbahnbau- und Betriebskolonnen abgeordneten Eisenbahnpersonals noch keine volle Klarheit geschaffen; weder die Heeresverwaltung noch die heimatlichen Eisenbahnverwaltungen noch auch die in Frage kommenden Versicherungseinrichtungen (Krankenkassen, Arbeiterpensionskassen, Landesversicherungsanstalten und Ausführungsbehörden für die Unfallversicherung) sind sich hierüber einig. Bei der Bedeutung, welche die Frage sowohl für das in Betracht kommende Personal selbst, als für die Heimatverwaltungen und die Versicherungseinrichtungen hat, mag es gerechtfertigt sein, sie einer näheren Untersuchung zu unterziehen.

Dabei ist zunächst festzustellen, was denn diese „Kolonnen" (Zivilkolonnen, Bau- und Betriebskolonnen) überhaupt sind. Denn weder gesetzliche noch sonstige Bestimmungen kennen den Ausdruck „Kolonnen". Er ist also kein rechtlicher Begriff, sondern nur eine Bezeichnung, die sich in der Übung gebildet hat. Hierüber ist nun folgendes zu sagen:

I. Nach § 28 Ziff. 3 des Kriegsleistungsgesetzes vom 13. Juni 1873 haben die Eisenbahnen ihr Personal und Material im Kriegsfall der Militärverwaltung zur Verfügung zu stellen. Der regelmäßige Zustand ist nun der, daß der militärische Eisenbahnbetrieb, namentlich jener im Kriegsgebiet, durch die bereits im Frieden planmäßig vorgesehenen Feldeisenbahn-Formationen ausgeführt wird. Die Heranziehung des Eisenbahnpersonals zu diesen planmäßigen Feldeisenbahn-Formationen ist in § 127 der Wehrordnung näher geregelt (s. MilEisO. T. II D § 3 [1]). Danach wird das zu den Feldeisenbahn-Formationen heranzuziehende Eisenbahnpersonal bereits im Frieden durch den Chef des Generalstabes der Armee im Einverständnis mit dem Reichseisenbahnamt summarisch auf die Eisenbahnverwaltungen verteilt. Die Auswahl und die Bezeichnung der einzelnen Leute, welche sämtlich militärdienstpflichtig sein müssen, bleibt den Bahnverwaltungen überlassen, welche namentliche Listen des von ihnen bezeichneten Personals einzureichen haben. Es dürfen hierzu nur völlig geeignete und felddienstfähige Personen ausgewählt werden. Die Einberufung erfolgt im Falle des Krieges durch die Bezirkskommandos. Die hiernach zu den planmäßig aufgestellten Eisenbahnformationen, welche Truppenteile (Verkehrstruppen) sind wie andere Truppenteile, z. B. Telegraphentruppen, Pioniere

Digitized by Google

usw. auch, eingezogenen Personen (Offiziere und Mannschaften) sind „Soldaten", gehören also zu den „Personen des Soldatenstandes", wie sie in dem Verzeichnis A zu §§ 4 und 5 des MilStrGB. aufgeführt sind (vgl. auch Dietz, Taschenbuch des Militärrechts für Kriegszeiten, 3. Auflage S. 194, ferner grundsätzliche Entscheidung des RVA. Nr. 2137, Amtl. Nachr. 1916 S. 336). Als Personen des Soldatenstandes unterliegen diese Personen weder der Kranken- noch der Invaliden-, noch der Unfallversicherung nach der RVO. (§ 172 Ziff. 2, § 1235 Ziff. 2 und § 554 Ziff. 1 und 2 RVO.). Die Zeit der militärischen Dienstleistung bei den planmäßig aufgestellten Eisenbahnformationen wird ihnen nach § 1393 Ziff. 1 RVO. für die Invalidenversicherung ohne Beitragsleistung als Beitragszeit in der Lohnklasse II angerechnet. Hierüber ist ein Zweifel nicht möglich, bisher auch nicht erhoben worden.

II. Mit dem Fortschreiten der kriegerischen Operationen, namentlich mit der zunehmenden Besetzung größerer Teile des feindlichen Gebietes, haben aber diese planmäßig aufgestellten Eisenbahnformationen nicht hingereicht, den militärischen und, soweit er ohne Schädigung der militärischen Interessen möglich war und zugelassen werden konnte, auch den Zivil-Eisenbahnbetrieb im Feindesland ordnungsmäßig durchzuführen. Die Heeresverwaltung sah sich daher genötigt, weitere Eisenbahnformationen, die nicht bereits im Frieden planmäßig vorgesehen waren, aufzustellen (s. MilEisO. T. II D § 4 (1). Diese *überplanmäßig* aufgestellten Eisenbahnformationen werden nun — in einer wenig zutreffenden Weise — als „Kolonnen" oder „Zivilkolonnen" bezeichnet, wohl deshalb, weil sie auch nicht mehr dienstpflichtiges Personal umfassen und anders als das zu den planmäßig aufgestellten Formationen gehörige Personal ausgerüstet sind.

Die rechtliche Grundlage für die Aufstellung dieser überplanmäßigen Eisenbahnformationen ist aber keine andere wie jene der planmäßigen; sie ist einerseits gegenüber den Eisenbahnverwaltungen in § 28 Ziff. 3 des Kriegsleistungsgesetzes sowie in der MilEisO. T. II D § 4 gegenüber dem Personal in den Bestimmungen des Wehrpflichtgesetzes vom 11. Februar 1888 und der Wehrordnung gegeben. Einerseits sind daher die Eisenbahnverwaltungen gehalten, das erforderliche Personal abzustellen, anderseits ist das von der Eisenbahnverwaltung, entweder auf Grund freiwilliger Meldung oder ohne eine solche, ausgewählte und abgegebene Personal, *soweit es noch militärdienstpflichtig ist*, d. h. der Reserve, Landwehr, Ersatzreserve oder dem Landsturm angehört, verpflichtet, der Einberufung zu den überplanmäßig aufgestellten Eisenbahnformationen (Kolonnen) auf Grund seiner Militärdienstpflicht Folge zu leisten. Denn der militärische Betrieb der Eisenbahnen gehört zum Heeresdienst wie jeder andere militärische Dienst und es ist ausschließlich Sache der Heeresverwaltung, zu welcher Art militärischer Verwendung sie die militärdienstpflichtigen Personen heranzieht. Für die Kriegsbrauchbarkeit der Wehrpflichtigen genügt es, daß die Betreffenden in ihrem Berufe verwendet werden können; sie müssen nicht gerade zum Dienste mit der Waffe geeignet sein. Der zu einer überplanmäßigen Eisenbahnformation einberufene Eisenbahnbeamte oder Arbeiter (Kolonnenmitglied) leistet daher, *soweit er noch militärdienstpflichtig ist*, diesen Dienst nicht etwa auf Grund vertragsmäßiger Vereinbarung mit der Heeresverwaltung, sondern auf Grund *seiner gesetzlichen Dienstpflicht* und es steht nicht im Belieben des Einberufenen, dieser Einberufung Folge zu leisten oder nicht. Das zu einer Kolonne einberufene militärdienstpflichtige Eisenbahnpersonal leistet also militärische Dienste wie jeder zum Dienst mit der Waffe einberufene, und unterliegt in gleicher Weise wie der letztere den Bestimmungen des Militärstrafgesetzbuches und der Disziplinar-Strafordnung für das Heer. Es gehört also, wie alle anderen in Kriegszeiten zum Heeresdienst aufgebotenen

Digitized by Google

Mannschaften der Reserve, der Landwehr, Ersatzreserve und des Landsturms, zu den „Personen des Soldatenstandes“ (§ 38 RMG. Art. II, §§ 11, 24 und 26 des Wehrpflichtgesetzes vom 11. Februar 1888, Verzeichnis A zu §§ 4, 5 MilStrGB.). Es ist dies in T. II D § 5 (1) der MilEisO. auch noch ausdrücklich festgelegt. Hieran ändert auch der Umstand nichts, daß die Entlohnung dieses Personals nicht nach den Grundsätzen über die Entlohnung der Unterklassen des Soldatenstandes erfolgt, sondern nach Tageszulagen gemäß einer besonderen Gebührnisnachweisung (Beiheft zur Kriegsbesoldungsvorschrift). Denn diese anderweitige Art der Entlohnung ist nur aus praktischen Gründen und zur Vermeidung von Unzuträglichkeiten, die sich aus der verschiedenartigen Entlohnung des dienstpflichtigen und des nicht mehr dienstpflichtigen Personals ergeben würde, gewählt und könnte jederzeit nach Belieben der Heeresverwaltung auch geändert werden; sie ist für die Frage, ob jemand zu den Personen des Soldatenstandes gehört oder nicht, jedenfalls ohne Einfluß. Ebenso bedeutungslos ist der Umstand, daß die Uniformierung dieses Personals der überplanmäßigen Eisenbahnformationen anders geregelt ist, wie für die übrigen Personen des Soldatenstandes; denn die Art der Uniformierung und Ausrüstung ist lediglich Sache der Heeresverwaltung und richtet sich ausschließlich nach dem Zwecke der militärischen Verwendung. Art. II § 32 des Wehrpflichtgesetzes vom 11. Februar 1888 bestimmt z. B. ausdrücklich, daß der Landsturm in einer für jede militärische Verwendung geeigneten Art zu bewaffnen, auszurüsten und zu bekleiden ist. Für die Frage, ob jemand zu den Personen des Soldatenstandes gehört oder nicht, ist daher die Art der Uniformierung und Ausrüstung in keiner Weise ausschlaggebend. Daß das zu den Kolonnen abgestellte, noch militärdienstpflichtige Eisenbahnpersonal zu den Personen des Soldatenstandes zählt, ergibt sich auch noch daraus, daß seine Versorgungsgebührnisse sich nach dem Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906 und diejenigen seiner Hinterbliebenen nach den Bestimmungen des Militär-Hinterbliebenengesetzes vom 17. Mai 1907 über die Versorgung der Hinterbliebenen der Unterklassen richten. Kann sonach kein begründeter Zweifel darüber bestehen, daß das zu den Kolonnen abgestellte Eisenbahnpersonal, *soweit es militärdienstpflichtig ist*, zu den Personen des Soldatenstandes gehört, so ist seine Versicherungsfreiheit sowohl hinsichtlich der Kranken- als der Invaliden- und Unfallversicherung, abgesehen von anderen Gründen, jedenfalls auf Grund der §§ 172 Ziff. 2, 1235 Ziff. 2 und 554 Ziff. 2 RVO. in gleicher Weise gegeben, wie jene des zu den planmäßig aufgestellten Eisenbahnformationen einberufenen Personals; zugleich kommt auch ihm die Vorschrift in § 1393 Ziff. 1 RVO. zugute.

III. Schwierigkeiten kann daher die Frage der Versicherugspflicht nur bieten hinsichtlich des zu den überplanmäßigen Formationen (Kolonnen) abgeordneten Personals, das *nicht mehr militärdienstpflichtig ist* und lediglich *auf Grund freiwilliger Meldung* einberufen wurde.

Hinsichtlich *dieser* Personen bestimmt nun T. II D § 5 (2) der MilEisO., daß sie *als obere oder untere Militärbeamte auf Widerruf* angestellt werden. Soweit die nicht mehr militärdienstpflichtigen Eisenbahn *arbeiter* (z. B. Werkstättearbeiter, Stationsgehilfen, Bahnarbeiter) nicht ebenfalls als untere Militärbeamte angestellt werden, werden sie *auf Grund privatrechtlichen Dienstvertrages* zum Eisenbahndienste für die Heeresverwaltung angenommen.

Alle diese Personen gehören daher, wenn sie auch als zum Heeresgefolge zählend den militärischen Strafgesetzen und der militärischen Disziplin unterliegen, nicht zu den „Personen des Soldatenstandes“; denn auch die Militärbeamten zählen nicht zu den Personen des Soldatenstandes (vgl. Dietz,

Digitized by Google

Taschenbuch des Militärrechts für Kriegszeiten, 3. Aufl. S. 194). Auf sie finden daher hinsichtlich der Befreiung von der Kranken- und Invalidenversicherung die §§ 172 Ziff. 2 und 1235 Ziff. 2 RVO. und hinsichtlich der Befreiung von der Unfallversicherung der § 554 Ziff. 1 und 2 RVO. keine Anwendung. Es frägt sich daher, ob ihre Versicherungsfreiheit nicht gleichwohl gegeben ist. In dieser Hinsicht aber kommt folgendes in Betracht:

1. Zunächst ist festzustellen, ob eine Versicherungspflicht auf Grund ihres bisherigen Dienstverhältnisses zu ihrer heimatlichen Eisenbahnverwaltung nicht in Frage kommen kann. Soweit sie Beamte waren und in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zu ihrer Heimatverwaltung standen, ist dieses Dienstverhältnis zwar nicht gelöst, sie sind vielmehr nur beurlaubt; aber sie sind für die Dauer ihrer Beurlaubung aus der tatsächlichen Beschäftigung bei ihrer Heimatverwaltung ausgeschieden und in die Beschäftigung bei der Heeresverwaltung eingetreten, welch' letztere außer den nach der Gebührnisnachweisung (Beilage zur Kriegsbesoldungsvorschrift) ihnen zustehenden Zulagen auch ihr Friedenseinkommen zur Zahlung übernommen hat (T. II D § 1 (4) und § 5 (3) MilEisO. und MilAusfBest. 6 zu § 1 (4) a. a. O.) und der sie in dienstlicher und disziplinärer Hinsicht unterstellt sind. Soweit sie aber zu ihrer heimatlichen Eisenbahnverwaltung nur in einem privatrechtlichen Dienstverhältnis als Arbeiter standen, ist dieses Arbeitsverhältnis überhaupt gelöst worden; sie beziehen keinen Lohn mehr von ihrer Heimatverwaltung, sondern lediglich von der Militärverwaltung, unterstehen in dienstlicher und disziplinärer Hinsicht lediglich der letzteren und haben auch keinen rechtlichen Anspruch auf Wiederverwendung bei der Heimatverwaltung nach dem Ausscheiden aus dem Feldeisenbahndienste, wenn ihnen auch die Wiederaufnahme und die Wahrung gewisser Anwartschaften in Aussicht gestellt werden. Daraus, daß sie nicht lediglich beurlaubt wurden, sondern aus dem Dienstverhältnis bei der Heimatverwaltung ausgeschieden und in ein öffentlich-rechtliches (als untere Militärbeamte) oder privatrechtliches (als Arbeiter) Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung getreten sind, ergibt sich, daß auch für sie in versicherungsrechtlicher Hinsicht nicht mehr ihr früheres Beschäftigungsverhältnis, sondern nur das neue Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung in Betracht kommen kann.

2. Dieses Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung im Feldeisenbahndienst ist nun seiner Natur nach allerdings ein solches, das an sich die Versicherungspflicht nach der RVO. begründen könnte; denn diese hier in Frage kommenden oberen oder unteren Militärbeamten oder vertragsmäßig verpflichteten Arbeiter üben eine Tätigkeit als Betriebsbeamte, Werkmeister oder Angestellte in ähnlich gehobener Stellung oder als Arbeiter in versicherungsrechtlichem Sinne dieses Wortes aus und zwar in einem an sich versicherungspflichtigen Betrieb, nämlich dem Eisenbahnbetrieb der Heeresverwaltung (s. § 537 Abs. 1 Ziff. 5 RVO.). Gleichwohl aber wird eine Versicherungspflicht nicht vorliegen und zwar aus folgenden Gründen:

Wie das Reichsversicherungsamt in der grundsl. Entsch. Nr. 2897 in den Amtl. Nachr. 1916 S. 610 ff. ausgesprochen hat und wie auch in der Wissenschaft allgemein angenommen wird (s. Hänel, Arb.Vers. 1915 S. 651, Hahn, ebenda S. 697), gilt für die deutsche Sozialversicherung das Territorialprinzip; an den politischen Grenzen des Reiches endet daher grundsätzlich das Geltungsgebiet der Versicherung. Zum Ausland gehört auch das besetzte Feindesland (s. RVA., Amtl. Nachr. 1916 S. 336 Nr. 2137). Die Vorschrift des RG. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) und der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 516), wonach der Aufenthalt im Feindesland nicht dem Aufenthalt im Ausland gleich zu achten ist, bezieht sich nur auf die Vorschrift in § 313 Abs. 1 und 214 Abs. 3 RVO., ist also nur

Digitized by Google

eine Ausnahmevorschrift und kann daher über die in den bezeichneten Vorschriften getroffenen Fälle hinaus keine Anwendung finden (s. grundsätzl. Entsch. des RVA. Nr. 2137, Amtl. Nachr. 1916 S. 336). Die strenge Durchführung des Territorialprinzips würde nun, wie das RVA. in der grundsätzl. Entsch. Nr. 2897 weiter ausführt, insofern zu Härten führen, als danach Arbeiter, die von dem Unternehmer zur Ausführung einer Arbeit über die Grenze geschickt werden, während ihres dortigen Aufenthaltes unversichert sein würden. Zur Vermeidung solcher Härten habe das Reichsversicherungsamt in Rechtsprechung und Verwaltung die sogenannte „Ausstrahlungstheorie" entwickelt. Danach unterlägen Arbeiten im Auslande der deutschen Versicherung, sofern sie lediglich als unselbständiger Bestandteil eines inländischen Betriebes anzusehen seien. Ob eine solche „Ausstrahlung" tatsächlich vorliege, sei eine Frage des einzelnen Falles. Auf ihre Beantwortung könnten — entsprechend dem Ausgangspunkt für die Entwicklung des Ausstrahlungsbegriffes — auch Zweckmäßigkeitsgründe, insbesondere die Notwendigkeit des versicherungsrechtlichen Schutzes der Arbeiter, von Einfluß sein. So hätten auch die ungewöhnlichen Verhältnisse, die der Krieg schuf, dazu geführt, den Ausstrahlungsbegriff möglichst auszudehnen (zu vgl. Rabeling, Unfallversicherung im besetzten Feindesland, in der Monatsschr. für Arb.- und AngestV. 1915, Sp. 545). Wenn man im Kriege den gleichen Maßstab anlegen wollte, wie im Frieden, so würden, da das besetzte Feindesland seine Rechtsnatur als Ausland nicht verloren habe, zahllose deutsche Arbeiter, die daselbst im deutschen Interesse in Privat- und Staatsbetrieben, insbesondere in Diensten der Heeresverwaltung, tätig sind, aus der Versicherung herausfallen und damit des ihnen im Inland gewährleisteten gesetzlichen Anspruchs auf die Unfallversicherung verlustig gehen. Eine dementsprechend erweiterte Anwendung des Ausstrahlungsbegriffes lasse sich trotz möglicherweise größerer örtlicher Entfernung der Arbeiten von dem inländischen Betrieb und trotz ihrer manchmal erheblichen Dauer damit rechtfertigen, daß die Arbeiten immerhin vorübergehender Art seien und daß sie unter dem Schutze der deutschen Staatsgewalt ausgeführt werden. Voraussetzung der Mitversicherung dieser Arbeiten sei aber, daß sie zu dem inländischen Betrieb in enger Beziehung stehen und ihm gegenüber unselbständig sind. Sei danach eine Ausstrahlung anzunehmen, so folge ohne weiteres, daß alle Arbeiter, auch die ausländischen, mit unter die Versicherung fallen; denn die Ausstrahlung umfasse nicht einzelne Personen, sondern den im Auslande befindlichen Betriebsteil. Die gleichen Grundsätze sind dann vom Reichsversicherungsamt auch für das Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung aufgestellt worden (grundsätzl. Entsch. Nr. 2188 Amtl. Nachr. 1916 S. 443). Prüft man nun an der Hand dieser Grundsätze die Tätigkeit des Feldeisenbahnpersonals im besetzten Feindesland, so wird man finden, daß von einer Beschäftigung in einem „ausstrahlenden" Betrieb keine Rede sein kann. Die Arbeiten, die dieses Personal im Feindesland zu vollziehen hat, sind nicht mehr bloß vorübergehender Natur, sie stehen auch nicht zu einem inländischen Betrieb in enger Beziehung, dem gegenüber sie als unselbständig anzusehen wären, sie sind kein bloßer Betriebsteil eines inländischen militärischen Eisenbahnbetriebes. Zur Durchführung des militärischen Eisenbahnbetriebes im Feindesland ist eine eigene, streng gegliederte Organisation mit dem Sitze im Ausland gebildet, indem unter der obersten Leitung des Chefs des Feldeisenbahnwesens 2 Militär-Generaldirektionen, eine Reihe von Militär-Eisenbahnendirektionen, Militär-Eisenbahnbetriebsämter, Militär-Eisenbahnbauämter und Militär-Eisenbahnverkehrsämter sowie Linienkomman-

Digitized by Google

danturen eingerichtet sind, die den Dienst zu leiten und zu regeln haben und denen das gesamte Personal unterstellt ist. Es kann also von einem inländischen Betrieb, der sich, wenn auch für längere Zeit, so doch immerhin nur vorübergehend, in „ausstrahlender" Weise, in das Ausland erstreckt, nicht mehr die Rede sein. Das hier in Frage stehende Personal wird auch nicht, wie in dem Falle der grundsätzl. Entsch. Nr. 2188 (Personal der freiwilligen Krankenpflege, Amtl. Nachr. 1916 S. 440 ff.), je nach Bedarf in das Heimatgebiet zurückgenommen und bald im Ausland, bald im Inland, verwendet, sondern übt seine Tätigkeit ständig und ausschließlich im besetzten Feindesgebiet aus. Rabeling (Monatsschr. f. Arb.- u. AngestVers. 1915 Sp. 548) meint zwar, man könne den Eisenbahnbetrieb der Heeresverwaltung im Ausland als „ausstrahlenden" Betrieb des „technischen Betriebes der Heeresverwaltung überhaupt" ansehen. Das erscheint aber nicht richtig; denn § 537 Nr. 5 RVO. spricht von den „Betrieben" der Heeresverwaltung, betrachtet daher die einzelnen Betriebe als selbständige Betriebe; der Betrieb einer Artilleriewerkstätte oder einer militärischen Pulverfabrik ist denn auch tatsächlich etwas anderes als der militärische Betrieb einer Eisenbahn. Auch von dem Gesichtspunkte des Zweckes aus, der zur Entwicklung des Ausstrahlungsbegriffs und dessen möglichster Ausdehnung im Kriege geführt hat und dahin geht, den im Ausland, namentlich in Diensten der Heeresverwaltung, tätigen versicherungpflichtigen Personen den versicherungsrechtlichen Schutz möglichst zuteil werden zu lassen, liegt kein Bedürfnis für die Annahme eines ausstrahlenden Betriebes vor, da das in Rede stehende Personal im Falle der Erkrankung weitgehende Krankenhilfe nach Ziff. 459 der Kriegssanitätsordnung seitens der Militärverwaltung erhält, im Falle einer Dienstbeschädigung, namentlich eines Unfalles beim Betriebe aber Versorgungsanspruch für sich und seine Hinterbliebenen nach § 34 und 35 des OffPG. und nach dem Militärhinterbliebenen-Gesetz hat.

Hiernach erscheint also die Annahme als berechtigt, daß der ausschließlich im Feindesland sich abwickelnde Feldeisenbahnbetrieb als Betrieb im Ausland überhaupt nicht der RVO. unterliegt und daher die in diesem Betriebe beschäftigten Personen, soweit sie an sich eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, auch nicht versicherungspflichtig sind.

3. Wenn man aber die Beschäftigung des hier in Frage stehenden nicht mehr militärdienstpflichtigen Personals im Feindesland nur als eine ausstrahlende Tätigkeit ansieht und damit die Anwendung der RVO. auf dasselbe annimmt, so wird die Versicherungsfreiheit desselben nur in beschränktem Umfange gegeben sein.

a) Was zunächst die Krankenversicherung anlangt, so ist bei diesem Personal, soweit es zu oberen oder unteren Militärbeamten ernannt ist und damit versicherungsrechtlich zu den Betriebsbeamten, Werkmeistern oder Angestellten in ähnlich gehobener Stellung gehört, die jährliche Einkommensgrenze von 2500 ℳ regelmäßig überschritten. Denn diese Personen beziehen außer ihrem von der Militärverwaltung zur Zahlung übernommenen und daher als Entgelt für die Beschäftigung im Feldeisenbahndienst anzusehenden Friedenseinkommen, noch erhebliche tägliche Zulagen (mindestens 3 ℳ für den Tag) und außerdem Naturalquartier und Naturalverpflegung, deren Wert nach § 160 RVO. dem Entgelt zuzurechnen ist. Betriebsbeamte usw., deren jährlicher Arbeitsverdienst 2500 ℳ übersteigt, unterliegen aber nach § 165 Abs. 2 RVO. nicht der Krankenversicherung. Auch soweit es sich um Arbeiter handelt, die nicht als untere Militärbeamte angestellt, sondern auf Grund privatrechtlichen Dienstvertrages für die Heeresverwaltung zur Dienstleistung im Feldeisenbahndienst verpflichtet worden sind und bei denen eine Einkommensgrenze für die Krankenversicherung nicht in Betracht kommt, sind sie

Digitized by Google

von der Krankenversicherungspflicht befreit, weil ihnen von dem Arbeitgeber, der Heeresverwaltung, eine dem § 169 RVO. entsprechende Krankenhilfe zugesichert ist. Denn sie haben, wie übrigens auch die sonstigen militärdienstpflichtigen und nicht militärdienstpflichtigen Kolonnenmitglieder, nach Ziff. 459 der Kriegssanitätsordnung im Falle der Erkrankung Anspruch auf freie ärztliche Behandlung, Lazarettverpflegung, Gewährung von Verband- und Arzneimitteln und von sonstigem Heilverfahren und zwar bis zu ihrer Genesung oder Entlassung aus dem Feldeisenbahndienst, und daneben noch für die gleiche Zeit ¾ ihrer mit 8 ℳ und 6 ℳ festgesetzten täglichen Entlohnung, demnach 6 ℳ oder 4,50 ℳ tägliche Entschädigung, ein Betrag, der die Regelleistung der Krankenkassen an Krankengeld (Höchstbetrag 50 % aus 6 ℳ = 3 ℳ) (§ 182 Ziff. 2 und § 180 Abs. 2 und 4 RVO.) weit übersteigt. Zwar ist diese Krankenhilfe nicht ausdrücklich für mindestens 26 Wochen (Regeldauer nach § 183 RVO.) in Ziff. 459 der Kriegssanitätsordnung zugestanden und kann, wenn etwa die Entlassung aus dem Feldeisenbahndienst schon vor der Genesung und vor Ablauf von 26 Wochen seit der Erkrankung erfolgt, schon früher enden; aber für diesen Fall ist durch Erlaß des preußischen Kriegsministeriums vom 12. Juli 1916 ausdrücklich bis zum Ablauf der Regeldauer der Krankenkassenleistung, Krankenhilfe im Umfang des § 169 zugestanden worden.

b) Ähnlich verhält es sich bei der Invalidenversicherung dieses Personals. Soweit es sich um obere oder untere Militärbeamte, also Betriebsbeamte und ähnliche Angestellte handelt, ist auch hier die Einkommensgrenze für die Invalidenversicherungspflicht nach § 1226 Abs. 2 RVO. von 2000 ℳ regelmäßig überschritten. Außerdem besteht auch während ihrer Verwendung im Feldeisenbahndienst ihr Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung nach § 66 RMilG. gegen die Heimatverwaltung weiter, und zwar unabhängig von dem ihnen nach § 34 OffzPG. (nur im Falle der Dienstbeschädigung) zustehenden Versorgungsanspruch, so daß bei ihnen auch die Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit nach § 1234 RVO. gegeben ist; denn daß der in § 1234 RVO. bezeichnete Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung hier sich nicht gegen den Arbeitgeber, also die Militärverwaltung, sondern gegen den Dritten, die Heimatverwaltung, richtet, ist belanglos (vgl. Hanow, Kommentar zur RVO. IV. Buch S. 41 und 48 Anm. 2b und 15 zu § 1234 RVO.). Soweit vertraglich verpflichtete Arbeiter in Frage kommen, ist zwar ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst einschl. des Wertes des Naturalquartiers und der Naturalverpflegung ebenfalls durchweg höher als 2000 ℳ; aber für die Arbeiter ist eine Einkommensgrenze, ebensowenig wie bei der Krankenversicherung, bei der Invalidenversicherung festgesetzt (§ 1226 RVO.). Sie würden daher, wenn man ihre Beschäftigung im Ausland überhaupt als versicherungspflichtig ansieht, allerdings der Invalidenversicherungspflicht unterliegen, da sie, wie bereits erwähnt, nicht zu den Personen des Soldatenstandes zählen und die ihnen nur im Falle der Dienstbeschädigung, nicht aber auch im Falle einer durch andere Ursachen während ihres Feldeisenbahndienstes eintretenden Invalidität, nach § 35 OffzPG. zukommende, nach dem jeweiligen Grad der Erwerbsunfähigkeit wechselnde und nicht zum vorhinein auf die Dauer bewilligte Pension nicht als eine den Vorschriften des § 1234 RVO. entsprechende Anwartschaft auf Ruhegeld wird angesehen werden können. Für diese Arbeiter müßten dann allerdings Marken entrichtet werden und zwar nach § 1330 RVO. Marken der Landesversicherungsanstalt Berlin (vgl. auch Bescheid des RVA., Amtl. Nachr. 1915 S. 389 Nr. 1984), da als Sitz des Feldeisenbahnbetriebes im Inland wohl nur der Sitz der obersten Heeresverwaltung in Berlin anzusehen wäre und eine Sonderanstalt im Sinne der §§ 1360 bis 1380 RVO. für die Betriebe der Heeresverwaltung nicht besteht,

Digitized by Google

die Sonderanstalten der Heimatverwaltungen aber nicht in Frage kommen könnten.

Die Vorschrift in § 1393 Ziff. 2 RVO. könnte diesen Personen nicht zugute kommen, da sie nicht Personen des Soldatenstandes sind, nach Entscheidung des RVA. aber unter den in § 1393 Ziff. 2 erwähnten freiwilligen militärischen Dienstleistungen nur solche von Personen des Soldatenstandes verstanden werden können (grundsf. Entsch. des RVA. Nr. 2187 Amtl. Nachr. 1916 S. 438).

c) Anlangend endlich die Unfallversicherung, so wären die hier in Frage kommenden nicht mehr militärdienstpflichtigen Personen von ihr nach § 554 Ziff. 3 RVO. befreit, soweit sie als obere oder untere Militärbeamte angestellt sind. Denn die Militärbeamten gehören zu den in § 554 Ziff. 3 erwähnten „anderen Personen, die § 1 des Unfallfürsorge-Gesetzes für Beamte usw. vom 18. Juni 1901 bezeichnet", da die Vorschriften dieses Gesetzes durch § 77 Abs. 2 Ziff. 2 des OffPG. vom 31. Mai 1906 nur für die Offiziere und Sanitätsoffiziere sowie deren Hinterbliebene und durch § 76 Abs. 2 Ziff. 2 des MannschVersG. vom 31. Mai 1906 nur für die Militärpersonen der Unterklassen und deren Hinterbliebene außer Kraft gesetzt worden sind, für die Militärbeamten daher nach wie vor weiter gelten und für ihre Anwendung gleichgültig ist, ob der Beamte nur auf Widerruf angestellt ist oder nicht (RGZivS. Bd. 28 S. 89).

Dagegen würden die nicht als untere Militärbeamte auf Widerruf angestellten, sondern auf Grund privatrechtlichen Vertrags zum Dienste angenommenen Arbeiter unter die Unfallversicherung fallen, da bei ihnen keiner der in § 554 RVO. vorgesehenen Befreiungsgründe vorliegen würde. Denn sie sind weder Offiziere oder Militärpersonen der Unterklassen (Ziff. 1 und 2 des § 554), noch gehören sie zu den in § 1 des Unfallfürsorge-Gesetzes bezeichneten Beamten der Reichszivilverwaltung oder des Reichsheeres (Ziff. 3 des § 554), da sie nicht in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, sondern, wie andere Arbeiter, z. B. die sog. Armierungsarbeiter, ohne Beamte zu sein, zur Heeresverwaltung lediglich in einem privatrechtlichen Verhältnis stehen. Auch die Befreiungsgründe der Ziff. 4 und 5 des § 554 sind bei ihnen nicht gegeben, da sie, wie erwähnt, nicht Beamte eines Bundesstaates usw. sind, auch nicht Beamte des Reichs, im übrigen auch nicht mit festem Gehalt und Anspruch auf Ruhegeld angestellt sind. Der Umstand, daß sie nach § 35 OffPG. im Falle einer durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigung Anspruch auf Pension haben, kann ihre Freiheit von der Unfallversicherung nicht begründen, da die Versicherungsfreiheit nur in den in § 554 ausdrücklich aufgezählten Fällen eintritt, dort aber die zum Heere im privatrechtlichen Vertragsverhältnis eines Dienstverpflichteten stehenden Personen eben nicht aufgeführt sind.

IV. Nach den Ausführungen unter Ziff. II und III Nr. 1 und 2 werden die im Feldeisenbahndienst bei planmäßigen und überplanmäßigen Eisenbahnformationen beschäftigten Eisenbahnbeamten und Arbeiter, auch soweit sie nicht mehr militärdienstpflichtig sind, von der Kranken- und Invalidenversicherung befreit sein. Es steht ihnen aber, wenn sie bei ihrem Eintritt in den Feldeisenbahndienst bereits versichert waren, das Recht der Weiterversicherung zu und zwar hinsichtlich der Krankenversicherung nach § 313 Abs. 1 RVO. und § 1 des Reichsgesetzes vom 4. August 1914, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334), hinsichtlich der Invalidenversicherung nach § 1244 RVO. Diese Weiterversicherung hat für die Betreffenden besondere Vorteile deshalb, weil die Betriebskrankenkassen der heimatlichen Eisenbahnverwaltungen, denen sie bisher angehört haben und bei denen die Weiterversicherung erfolgt, fast durchweg als Mehrleistung die sog. Familienfürsorge eingeführt haben und dadurch den in der Heimat zurückgebliebenen Familienangehöri-

Digitized by Google

gen die Familienfürsorge von der heimatlichen Betriebskrankenkasse auch während der Abwesenheit des Familienhauptes weiter zu gewähren ist. Sie hat auch noch den weiteren Vorteil, daß während der Zeit der Erkrankung des freiwillig Weiterversicherten, sofern die Erkrankung Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, von der Krankenkasse das Krankengeld zu zahlen ist, auch wenn der Weiterversicherte während der Erkrankung im Lazarett freie ärztliche Behandlung und die ihm zustehenden Gebührnisse erhält (s. hierwegen die Entscheidungen der RVA. Nr. 2042 und 2110 in Amtl. Nachr. 1915 S. 573 und 761 und Nr. 2137 in Amtl. Nachr. 1916 S. 336). Hinsichtlich der Invalidenversicherung kommt zwar dem militärdienstpflichtigen (nicht auch dem nicht mehr militärdienstpflichtigen) Feldeisenbahnpersonal die Bestimmung in § 1393 RVO. zugute, wonach die im Feldeisenbahndienste verbrachte Zeit als Beitragszeit in der Lohnklasse II angerechnet wird, ohne daß Beiträge entrichtet werden; aber da die Lohnklasse II nur einen Jahresarbeitsverdienst von 350 bis 550 ℳ umfaßt und die hier in Frage stehenden Personen bisher schon in einer höheren Lohnklasse versichert waren, so ist die Weiterversicherung in der bisherigen Lohnklasse zur Erlangung höherer Renten empfehlenswert. Überdies ist durch die Weiterversicherung bei den Sonderanstalten (Arbeiterpensionskassen Abt. A), denen sie bisher meist angehört haben, die Möglichkeit gegeben, auch Mitglied der diesen Kassen angegliederten Zusatzrenten-Abteilungen (Abteilungen B) zu bleiben, was besonders da von Bedeutung ist, wo, wie z. B. bei der bayerischen Arbeiterpensionskasse, eine freiwillige Versicherung bei der Abt. B nach der Satzung nicht zulässig ist, die Mitgliedschaft in der Abt. B vielmehr ausdrücklich an die Zugehörigkeit zur Abt. A geknüpft ist. Daß die Beiträge im Falle der Weiterversicherung sowohl in der Kranken- als in der Invalidenversicherung von den Arbeitern allein zu tragen sind, braucht nicht weiter hervorgehoben zu werden.

V. Weiter soll auch noch der Frage gedacht werden, ob das zu den planmäßig und den überplanmäßig aufgestellten Feldeisenbahnformationen abgeordnete Personal der Angestelltenversicherungspflicht nach dem Reichsgesetz vom 20. Dezember 1911 unterliegt. Hinsichtlich der den planmäßig aufgestellten Eisenbahnformationen angehörenden Personen steht die Versicherungsfreiheit im Hinblick auf § 10 Ziff. 3 AngestVG. jedenfalls außer Zweifel, da dieselben Personen des Soldatenstandes sind. Das gleiche gilt für die noch militärdienstpflichtigen Angehörigen der überplanmäßig aufgestellten Eisenbahnformationen (Zivilkolonnen). Bezüglich der nicht mehr militärdienstpflichtigen Personen können für die Angestelltenversicherung überhaupt nur solche Eisenbahnbedienstete in Betracht kommen, die nach ihrer Tätigkeit als Betriebsbeamte, Werkmeister, Angestellte in ähnlich gehobener Stellung anzusehen und als obere oder untere Militärbeamte nach T. II D § 5 (2) MilEO. angestellt sind. Aber auch diese Personen werden von der Angestelltenversicherungspflicht deshalb befreit sein, weil das Angestelltenversicherungsgesetz hinsichtlich der Versicherungspflicht von Tätigkeiten im Auslande von den gleichen Grundsätzen (Territorialprinzip) ausgeht wie die Reichsversicherungsordnung und weil daher nur solche Tätigkeiten, welche vorübergehend als ausstrahlende Tätigkeiten des inländischen Betriebes anzusehen sind, unter die Versicherungspflicht fallen (s. hierüber Hagen, Versicherungsgesetz für Angestellte S. 31, 32), von einem nur unselbständigen (ausstrahlenden) Teil eines inländischen Betriebes aber hier, wie bereits erwähnt, nicht die Rede sein kann. Im übrigen würden diese oberen oder unteren Militärbeamten auch aus dem Grunde versicherungsfrei sein, weil ihnen infolge ihres Zivildienstverhältnisses Anwartschaft nach § 9 Abs. 1 AngVG. gewährleistet ist, dieses Recht auch während der Dauer der Beschäftigung als oberer oder unterer Militärbeamter gemäß § 66 RMilG. fortbesteht und nicht erforderlich ist, daß der

Digitized by Google

Anspruch auf Pension usw. sich gerade gegen diejenige Verwaltung, in deren Dienst der Angestellte steht, richtet (s. Hagen, Anm. 17 und 19 zu § 9 S. 40).

VI. Schließlich mag auch die Frage nach der Gewährung von Wochenhilfe an Ehefrauen von Kolonnenmitgliedern kurz Erwähnung finden. Nach § 1 Ziff. 1 der Bundesrats-Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) über Wochenhilfe während des Krieges und nach § 1 Ziff. 1 der Bundesrats-Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) über Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges ist Voraussetzung für die Gewährung der Wochenhilfe, daß der Ehemann der Wöchnerin im gegenwärtigen Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung oder Gefangennahme verhindert ist. Aus dieser Fassung und aus der Begründung zum Entwurfe dieser Bekanntmachungen geht hervor, daß die Fürsorge für die Ehefrauen solcher Ehemänner, die eine Erwerbstätigkeit ausüben, nicht beabsichtigt war. Es wurden daher nach der bisherigen Auslegung der Bekanntmachung z. B. die Ehefrauen der bei Befestigungsarbeiten beschäftigten und ausreichend entlohnten Ehemänner (Armierungsarbeiter) von der Wochenhilfe ausgeschlossen.

Das gleiche muß aus dem nämlichen Grunde auch für die bei den Eisenbahn- usw. Kolonnen beschäftigten, sowohl militärdienstpflichtigen als nicht mehr militärdienstpflichtigen Arbeiter gelten, da diese neben Naturalverpflegung und Naturalquartier noch eine tägliche Vergütung von 6 bis 8 ℳ beziehen, also eine Entlohnung, die über ihre Entlohnung im Frieden ganz erheblich hinausgeht und daher das Bedürfnis für eine Beihilfe ebensowenig gegeben ist, wie bei einem nicht zum Kriegsdienste eingezogenen und seinen — überdies geringeren — Lohn von der Heimatverwaltung weiterbeziehenden Arbeiter. In dem Ausschreiben Nr. 2 des Wohlfahrtsamtes der Königlich Bayerischen Verkehrsanstalten in Nr. 1 des Verkehrsministerialblattes, Eisenbahndienstlicher Teil, vom 12. Januar 1915 ist daher unter Ziff. 4 auch bemerkt, daß Wöchnerinnen, deren Ehemänner bei den Eisenbahn- und Telegraphenbau- und Betriebskolonnen Dienste leisten, keine Wochenhilfe erhalten, es sei denn, daß sie als Selbstversicherte Anspruch auf Wochenhilfe nach der Krankenkassensatzung haben. Diese Auffassung wird nach einer von der Bayerischen Regierung eingezogenen Erkundigung auch von den zuständigen Reichsbehörden geteilt. Auch das RVA. hat in einer Entscheidung vom 14. August 1916 (Arb.-Vers. 1916 S. 730) ausgesprochen, daß die Voraussetzung des § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 solange nicht erfüllt ist, als der Ehemann in die Lage versetzt ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, weil in einem solchen Falle der Hauptgrund für die Gewährung der Wochenhilfe, nämlich daß der Ehemann durch den Kriegsdienst verhindert ist, seiner Familie selbst beizustehen, entfalle.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 11 der **Amtl. Nachr.** vom 22. November 1916.)

I. Zur Unfallversicherung.

Ist im Einspruchsbescheid eine vorläufige, im Endbescheid eine Dauerrente festgestellt und die Berufung gegen den Endbescheid zurückgewiesen worden, so ist der Rekurs zulässig, weil es sich „um eine Dauerrente handelt", da das Oberversicherungsamt die Rente als solche behandelt hat (Großer Senat 2905 S. 712).

Wird die Dauerrente erstmalig niedriger festgesetzt

Digitized by Google

als die zuletzt gewährte vorläufige Rente, so wird der Feststellungsbescheid nach § 610 RVO. mit Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats wirksam (2906 S. 712).

Wird die Dauerrente, nachdem zuvor eine vorläufige Entschädigung rechtskräftig festgestellt war, erst nach Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall festgestellt, so kann, falls eine höhere als die vorläufige Entschädigung eintrit, der Versicherungsträger den Beginn der höheren Dauerrente bis in den zweijährigen Zeitraum nach dem Unfall zurückverlegen, er muß sie aber spätestens mit dem Beginne des dritten Jahres nach dem Unfall in Wirksamkeit treten lassen. — Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt dagegen können nicht den Beginn der höheren Dauerrente in den zweijährigen Zeitraum zurückverlegen, sondern müssen sie, soweit es im Hinblick auf den erhobenen Anspruch zulässig ist, mit dem Beginne des dritten Jahres in Wirksamkeit treten lassen (2907 S. 714).

Wenn für einen Leistenbruch eine vorläufige Rente festgesetzt ist, so kann die traumatische Entstehung des Bruchs bei der Feststellung der Dauerrente nicht mehr in Zweifel gezogen werden (2908 S. 716).

Ein im Verfahren über eine vorläufige Rente geschlossener Vergleich über die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes schließt die Anfechtung des vergleichsweise festgesetzten Jahresarbeitsverdienstes in dem späteren Verfahren über die Feststellung der Dauerrente nicht aus (2909 S. 717).

Erscheint der Berechtigte im erweiterten Einspruchsverfahren bei einer nach § 1593 Abs. 1, § 1601 RVO. angeordneten Vernehmung vor dem Reichsversicherungsamte nicht, so wird dadurch die mündliche Verhandlung selbst und das Gutachten des nach §§ 1602, 1605 verstärkten Versicherungsamts nicht entbehrlich (2910 S. 717).

Ist eine laufende Rente zugebilligt, so kann bei Streit über die Höhe das Rekursgericht die Frage, welche Rente dem Verletzten für die Vergangenheit gebührt, nur dann nachprüfen, wenn die zur Zeit der Rekursentscheidung laufende Rente abgeändert wird (2911 S. 718).

Ist dem Verletzten, der eine laufende Rente beansprucht, wegen Beseitigung der Unfallfolgen Rente nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkte gewährt worden, so kann das von ihm angerufene Rekursgericht, wenn es zur Zeit seiner Entscheidung einen Anspruch auf Rente nicht mehr für begründet erachtet, die Entscheidung des Oberversicherungsamtes auch für die Vergangenheit nicht ändern (2912 S. 720).

Der Rekurs des Verletzten wegen Ablehnung einer Erhöhung der Dauerrente ist nach § 1700 Ziff. 8 RVO. unzulässig, auch wenn die Erhöhung beantragt war, bevor die Entscheidung über die erste Feststellung der Dauerrente rechtskräftig geworden ist (2913 S. 721).

Wenn im Verfahren über Entstehung der Dauerrente streitig ist, ob ein Gebrechen Folge des früheren oder eines neuen selbständigen Unfalls ist, für den eine andere Berufsgenossenschaft haften würde, letztere Annahme aber bereits durch rechtskräftige Entscheidung abgelehnt ist, so ist der Rekurs zulässig. Ergibt sich, daß das Gebrechen vom Oberversicherungsamt zutreffend als Folge des alten Unfalls festgestellt worden ist, so kann die Höhe der neu festgestellten Dauerrente nicht nachgeprüft werden (2914 S. 722).

Verspätung der Beschwerde gegen einen Betriebsüberweisungsbeschluß nach § 667 RVO. hindert das Oberversicherungsamt als entscheidende Stelle nicht, die Unwirksamkeit des Beschlusses auszusprechen, wenn der Betrieb nicht mehr bestand (2915 S. 724).

Weitere Beschwerde wegen Sachverständigengebühren, die ein vom Verletzten im Einspruchsverfahren bezeichneter ärztlicher Gutachter beansprucht, ist unzulässig (2916 S. 725).

Portokosten für Ladung der Versicherungsvertreter zur mündlichen Verhandlung vor dem Versicherungsamte (§ 1602 RVO.) gehören zu den Kosten der Gerichtshaltung, nicht zu den von den Versicherungsträgern zu erstattenden Barauslagen im Sinne des § 59 Abs. 2 RVO. (2917 S. 725).

Außergerichtliche Kosten können der obsiegenden Partei auch in solchen Beschlußsachen zugesprochen werden, die nicht vor den Beschlußsenaten verhandelt werden (2918 S. 726).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Krankenversicherungspflicht endet im allgemeinen, vorbehaltlich des § 214 RVO., gleichzeitig mit dem sie begründenden Beschäftigungsverhältnis, nicht erst mit dem Schlusse des Tages (2265 S. 737).

In der Kassensatzung ist auch der Grundlohn für unentgeltlich beschäftigte Lehrlinge zu bestimmen (2266 S. 738).

Ein bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirks oder Kassenbereichs erkranktes Kassenmitglied hat in dringenden Fällen Anspruch auf Krankenpflege (2267 S. 739).

Beschwerden bei einer Fehlgeburt sind nicht Schwangerschaftsbeschwerden, können aber Krankheit und die vorausgehenden Beschwerden können Schwangerschaftsbeschwerden sein (2268 S. 742).

Lazarettaufenthalt eines Kriegsteilnehmers begründet für sich allein noch nicht Invalidität (2269 S. 743).

Die Invalidenrente kann auf Grund des § 1271 Satz 4 RVO. nicht versagt werden, wenn das Heilverfahren von der Militärverwaltung durchgeführt ist (2270 S. 745).

Auf die einjährige Ausschlußfrist zur Geltendmachung des Anspruchs auf Witwengeld (§ 1300 RVO.) sind die Vorschriften über Hemmung oder Unterbrechung der Verjährung und über Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht angewendet worden. — Ein Antrag auf Leistungen im Sinne des § 1613 RVO. liegt vor, wenn der Berechtigte den Wunsch äußert, aus Anlaß eines

Digitized by Google

bestimmten Ereignisses, z. B. eines Todesfalls, eine Zuwendung aus den Mitteln der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu erlangen. Es ist Sache der zur Entgegennahme der Erklärung berufenen Behörde, zu prüfen, auf welche Leistungen der Berechtigte Anspruch erheben kann (2271 S. 747).

Ist anzunehmen, daß der Versicherte, wenn er nicht zum Militärdienst herangezogen wäre, versicherungspflichtig gearbeitet und dafür Beiträge entrichtet haben würde, so ist seine Militärdienstzeit auf die Wartezeit anzurechnen, obwohl für die unmittelbar vorhergegangenen 6 Monate Beiträge nicht entrichtet waren (2272 S. 750).

Streit über einen nicht auf die Reichsversicherungsordnung, sondern auf das Bürgerl. Gesetzbuch gegründeten Schadenersatzanspruch eines Versicherten gegen einen Träger der Krankenversicherung ist nicht von den Versicherungsbehörden, sondern von den ordentlichen Gerichten zu entscheiden (2273 S. 751).

Die Revision ist zulässig, weil es sich nicht um „die Höhe des Krankengeldes" handelt (§ 1695 Ziff. 1 RVO.), wenn nicht die ziffernmäßige Bemessung des Krankengeldes für den einzelnen Tag, sondern die Frage streitig ist, ob überhaupt ein Anspruch auf Krankengeld für einzelne Tage besteht (2274 S. 752).

Dem Arbeitgeber und seinem Vertreter im Vorstand einer Betriebskrankenkasse darf die Satzung keine Vergütung nach § 21 RVO. gewähren, weil sie nicht zu den „gewählten" Organmitgliedern gehören (2275 S. 753).

Zu den höheren Leistungen im Sinne des § 1 Abs. 2 des Gesetzes, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 gehören nicht Mehrleistungen, die der Art nach in der Satzung nicht vorgesehen sind (2276 S. 754).

Ein Kassenverband kann im Beschlußverfahren Rechtsmittel einlegen, sofern er beteiligt ist. — Ein Kassenverband ist nicht befugt, durch Angestellte einen Betrieb daraufhin überwachen zu lassen, ob die Beschädigten zur Krankenkasse angemeldet und der richtigen Lohnstufe zugeteilt sind (2277 S. 756).

Polnische, vom Fiskus mit Moorkulturarbeiten (nicht landwirtschaftlicher Art) beschäftigten Arbeiter sind für die Zeit bis zum Kriege für versicherungspflichtig erachtet worden (2278 S. 557).

Meistergehilfen, Revisorgehilfen und Betriebsmeisteranwärter bei einer Königl. Artilleriewerkstatt sind, bei einem Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2000 ℳ, für nicht invalidenversicherungspflichtig erklärt worden (2279 S. 758).

Polizeiagenten sind für versicherungspflichtig erklärt (2280 S. 759).

Geht bei einem Versicherungsamt zur Begründung eines Invalidenrentenantrags ein ärztliches Gutachten ein, und wird der Antrag nachträglich bei einem anderen Versicherungsbeamten gestellt, so kann der Antrag als mit dem Eingang des Gutachtens gestellt gelten und dadurch die Zuständigkeit des ersten Versicherungsamts begründet sein (2281 S. 759).

B. Allgemeines.

Milchverkäuferin einer gemeinnützigen Gesellschaft nicht als Handlungsgehilfin versicherungspflichtig.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 19. Mai 1916 (P. 155/15).

Den Vorinstanzen ist zunächst darin beizutreten, daß die drei Verkäuferinnen als Handlungsgehilfinnen nicht angesehen werden können. Nach § 59 des Handelsgesetzbuchs ist Handlungsgehilfe, wer in einem Handelsgewerbe zur Leistung kaufmännischer Dienste gegen Entgelt angestellt ist. Es kann dahingestellt bleiben, ob die drei Verkäuferinnen kaufmännische Dienste zu leisten haben oder ob ihre Tätigkeit als gewerbliche anzusehen ist. Denn jedenfalls sind sie nicht in einem Handelsgewerbe angestellt. Unter einem Handelsgewerbe versteht man einen Betrieb, der in der Absicht, Gewinn zu erzielen, geführt wird (zu vergl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 66 S. 51). Die beschwerdeführende Gesellschaft, in deren Diensten die drei Verkäuferinnen stehen, verfolgt keine gewerbliche, sondern gemeinnützige Zwecke. Das Unternehmen wird nicht in der Absicht, Gewinn zu erzielen, betrieben. Dies ergeben die §§ 3, 23, 24 der Satzung der Gesellschaft, wonach das Unternehmen dem Gemeinwohl dienen und die Verwendung der Milch als eines Volksnahrungsmittels fördern, auch die erzielten Gewinne — abgesehen von einer noch hinter dem allgemeinen Zinsfuß zurückbleibenden geringen Verzinsung des Stammkapitals — für die gemeinnützigen Zwecke der Gesellschaft dienstbar machen will. Hiernach ist das Unternehmen kein Handelsgewerbe im Sinne des § 59 des Handelsgesetzbuchs. Hieran ändert auch nichts der Umstand, daß es in der Form einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung betrieben wird. Allerdings gelten nach § 13 Abs. 3 des Gesetzes, betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung, diese Gesellschaften als Handelsgesellschaften im Sinne des Handelsgesetzbuchs. Daraus folgt aber nur, daß die Gesellschaft diejenigen Rechte und Pflichten hat, welche sich an die Eigenschaft als Vollkaufmann knüpfen. Keineswegs ist jedoch aus § 13 Abs. 3 a. a. O. der Schluß zu ziehen, daß jede Gesellschaft mit beschränkter Haftung notwendig ein Handelsgewerbe betreiben müsse (zu vergl. Staub-Hachenburg, Kommentar zum G. m. b. H. G. 4. Aufl. S. 190, 191). Betreibt also, wie im vorliegenden Falle, die Gesellschaft kein Handelsgewerbe, sondern verfolgt sie ideale

Digitized by Google

Ziele und Bestrebungen, so sind alle Bestimmungen des Handelsgesetzbuchs, die den Betrieb eines Handelsgewerbes voraussetzen, unanwendbar. Eine solche Gesellschaft kann daher Handlungsgehilfen im Sinne des § 59 a. a. O. überhaupt nicht haben.

Hiernach kommt nur in Frage, ob die drei Verkäuferinnen etwa um deswillen als versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte zu gelten haben, weil sie eine gehobene Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte einnehmen. Auch dies ist im Gegensatz zu dem Rentenausschuß zu verneinen. Dabei kommt zunächst die sehr einfache Art der Tätigkeit in Betracht, die keinerlei Vorkenntnisse kaufmännischer oder gewerbetechnischer Art erfordert und deshalb ohne weiteres von den meist aus dem Kreise der Dienstmädchen und Aufwärterinnen hervorgehenden Verkäuferinnen sachgemäß verrichtet werden kann. Irgendwelche Leitungs- oder Aufsichtsbefugnisse stehen ihnen nicht zu. Dagegen haben sie in erheblichem Umfange niedere Dienste, wie die Reinigung der Verkaufsstände, einschließlich der Fenster und Fußböden, das Spülen der Milchkannen und Kochgefäße, die Sauberhaltung des an die Milchhäuschen grenzenden Straßenteils oder Platzes zu verrichten. Solche untergeordneten Arbeiten pflegen Angestellten in gehobener Stellung nicht zugemutet zu werden.

Hiernach war unter Aufhebung der Vorentscheidung auszusprechen, daß die drei Verkäuferinnen nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig sind, wohl aber zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Personen gehören.

C. Zur Krankenversicherung.

Sind die in den Apotheken als Gehilfen beschäftigten früheren Apothekenbesitzer krankenversicherungspflichtig?

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts der Stadt Bonn** vom 19. Juli 1916; b) des **Oberversicherungsamts Cöln** vom 23. Oktober 1916.

a)

Da infolge des Krieges viele Apothekergehilfen zum Heeresdienste eingezogen wurden, erließ der Rektor der Universität in B. einen Aufruf, die als Rentner in B. lebenden früheren Apothekenbesitzer möchten sich den Apotheken zur Aufrechterhaltung ihrer Betriebe zur Verfügung stellen. Unter anderen stellte sich infolge des Aufrufs auch der frühere Apothekenbesitzer B. zur Hilfeleistung in der L.-Apotheke zur Verfügung. Er wurde dort täglich einen halben Tag beschäftigt und erhielt eine Vergütung von 5 ℳ. Die Allgemeine Ortskrankenkasse B. hielt diese Tätigkeit für eine unter die Krankenversicherung fallende, da B. als Apothekergehilfe im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziffer 3 RVO. zu betrachten und ohne Rücksicht darauf, ob die Tätigkeit seinen Hauptberuf bilde, versicherungspflichtig sei, B. selbst hielt sich nicht für einen Apothekergehilfen, sondern für einen Angestellten im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziffer 2, da er angeblich dem Besitzer der L.-Apotheke nicht unterstellt sei, sondern ihm aus freundschaftlichen Rücksichten Hilfe leiste; denselben Standpunkt vertrat der Apothekenbesitzer. Das Versicherungsamt verneinte die Krankenversicherungspflicht mit folgender Begründung:

Nach § 165 Ziffer 3 RVO. sind Gehilfen in Apotheken krankenversicherungspflichtig, sofern ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 ℳ nicht übersteigt. Es ist zu prüfen, ob der Kläger unter diese Gehilfen zu rechnen ist. Zweifelsfrei steht fest, daß er für eine halbtägige Beschäftigung eine Barentschädigung von 5 ℳ erhalten hat. Die Versicherungspflicht ist begründet, wenn berufsmäßig Apothekergehilfen beschäftigt werden. Der allgemeine Sprachgebrauch versteht, wie das Oberschiedsgericht der Angestelltenversicherung in seinem Urteil vom 27. 10. 1915 ausführt, unter Beruf in erster Reihe die Ausübung einer Beschäftigung in selbständiger oder abhängiger Stellung, in weiterem Sinne aber auch eine Lebensstellung, die ihren Inhaber auf Grund von Kapitaleinkommen oder festen Bezügen einer gewinnbringenden Beschäftigung überhebt.

Bei Beachtung dieser Grundsätze sind also dann unter den Gehilfen einer Apotheke solche Personen zu verstehen, die nach Abschluß einer Lehrzeit ihr Examen bestanden haben und als Gehilfen sich weiter ausbilden und vervollkommnen, um demnächst selbständig eine Apotheke führen zu dürfen. Diese Ausbildung führt sie ihrem eigentlichen Berufe: dem Apothekergehilfen und späteren Apothekenbesitzer entgegen. Für sie ist also diese Tätigkeit eine berufsmäßige Beschäftigung, die ihre ganze Arbeitskraft täglich vollauf in Anspruch nimmt.

Bei dem Kläger kann diese Begriffsbestimmung als Apothekergehilfe nicht angewandt werden. Er lebt infolge seiner günstigen Vermögensverhältnisse seit langen Jahren in B. als Rentner, ohne sich wirtschaftlich in irgend einer Weise zu betätigen. Es bleibt daher kein Raum für die Annahme eines Beschäftigungsverhältnisses, das ihn persönlich oder wirtschaftlich in Abhängigkeit von Dr. Sch. gebracht hätte. Letzterer hat in der mündlichen Verhandlung in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise bekundet, daß er den Kläger als ihm coordiniert betrachtet und behandelt habe, auch nie ihm irgend eine Anweisung irgend welcher Art gegeben, noch sich dazu berechtigt gefühlt habe. Eine Über- und Unterordnung besteht zwischen beiden Personen daher nicht. Ein weiterer Beweis für die vom Kläger in Anspruch genommene Unabhängigkeit erhellt daraus, daß er Dr. Sch. mitteilte, er würde einige Wochen verreisen, ohne daß es letzterem möglich war ihn hieran zu verhindern, sowie daß er ihm

Digitized by Google

Mitteilung zugehen ließ, er sei durch Krankheit verhindert, weiterhin in seiner Apotheke tätig zu sein und könne deshalb für die Folge nicht mehr auf ihn gerechnet werden. Diesen aus dem gegenseitigen Unabhängigkeitsverhältnisse erwachsenden Folgen gegenüber hat Dr. Sch. nie versucht, auf Kläger dahin einzuwirken, er müsse etwaigen Verpflichtungen aus einem übernommenen Beschäftigungsverhältnisse nachkommen. Er konnte dem Kläger gegenüber eingestandenermaßen keine Rechte geltend machen, um seine Dienste zu erzwingen.

Alles dies beweist, daß beide Teile in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu einander standen, welches als Grundlage für ein Versicherungsverhältnis bezeichnet werden muß.

Auf den Einwand des Klägers, daß er unter Ziffer 2 des § 165 RVO. fallen würde, erübrigt sich, näher einzugehen, da es überhaupt keinem Zweifel unterliegen kann, daß die Tätigkeit in der L.-Apotheke nicht sein Hauptberuf ist.

Was die Entschädigung betrifft, so kann sie für den Kläger als ausschlaggebend nicht in Betracht kommen, da sie bei seinem etwa 9000 ℳ betragenden Jahreseinkommen und dem fundierten Vermögen von ungefähr 180 000 ℳ mit Recht wohl als unerheblich anzusehen ist. Die Entschädigung kann keinesfalls für den Kläger in wirtschaftlicher Beziehung von entscheidender Bedeutung sein. Er befindet sich unabhängig von diesem Nebeneinkommen in gesicherter Lebensstellung. Er ist nicht darauf angewiesen, durch Übernahme einer Tätigkeit sein Einkommen verbessern zu müssen, um etwa vielleicht in dieser teuern Kriegszeit die Kosten seiner Lebenshaltung in der bisherigen Weise bestreiten zu können. Dieser Grund kann auch deshalb für den Kläger auch nur stillschweigend nicht in Betracht kommen, da er ja schon alsbald nach Kriegsbeginn Dr. Sch. behilflich war und er zu dieser Zeit weder die lange Dauer des Krieges noch die steigende Teuerung der Lebensbedürfnisse ahnen konnte. Während der länger sich fortziehenden Tätigkeit in der Apotheke ist auch nie eine Erhöhung der Barentschädigung, etwa wegen der allgemeinen Preissteigerung, vereinbart worden. Hieraus erhellt, daß die Barentschädigung nicht der Zweck der Übernahme der Tätigkeit in der Apotheke sein konnte, sondern hierfür andere Gründe bestimmend gewesen sein müssen.

Die Entschädigung betrug etwa 1500—1800 ℳ jährlich, mithin höchstens ein Fünftel seines Einkommens aus seinem ansehnlichen Vermögen. Das Reichsversicherungsamt hat in seinem Erkenntnis vom 6. Februar 1915 ein Einkommen von 1600 ℳ aus gewinnbringender Nebenbeschäftigung gegenüber einem Ruhegehalt von 4899 ℳ als in wirtschaftlicher Beziehung nicht ausschlaggebend bezeichnet. Wenn nun in jenem Falle $^1/_3$, so muß mit um so größerem Rechte in vorliegender weit günstiger liegenden Streitsache $^1/_5$ als wirtschaftlich geringfügig bezeichnet werden. Jedenfalls würde der Kläger sich auf die Dauer bei einem Abhängigkeitsverhältnis nicht mit dem Entgelt begnügt haben.

Unter Würdigung dieser Umstände verdient auch hervorgehoben zu werden, daß es nicht im allgemeinen Interesse liegt und vor allem demjenigen des ärztlichen Standes durchaus widerspricht, wenn begüterte Personen, die aus vaterländischer oder anderer Rücksicht scheinbar versicherungspflichtige Tätigkeiten übernehmen, in die Krankenversicherung gezwungen werden. Die sozialpolitischen Gesetze sind zum Schutze derjenigen geschaffen, die in kranken Tagen sich nicht ausreichend selbst zu helfen vermögen. Bei der sozialen Stellung des Klägers würde z. B. der Zweck der Vorschrift des § 15 der Kassensatzung durchkreuzt werden; bei den in § 15 a. a. O. gemeinten Personen handelt es sich jedoch nie um wirtschaftlich in jeder Beziehung so sicher gestellte Versicherten wie beim Kläger.

Unter Abwägung aller dieser Umstände kann daher die Tätigkeit des Klägers in der L. Apotheke des Dr. Sch. nicht als ein krankenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis angesehen werden.

b)

Die Beschwerde der Allgemeinen Ortskrankenkasse ist vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen worden mit folgender Begründung:

Die Nachprüfung hat ergeben, daß die Ausführungen des Versicherungsamts B. betreffs der Nichtversicherungspflicht des Rentners, früheren Apothekers B. sowohl nach der tatsächlichen wie nach der rechtlichen Seite hin durchaus zutreffend sind und die von Seiten der Kasse dagegen erhobenen Einwendungen fehlgehen. Wenn in § 165 Nr. 3 Handlungsgehilfen und Handlungslehrlinge, sowie Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken für den Fall der Krankheit als versicherungspflichtig erklärt werden, so ist es doch im vorliegenden Falle völlig ausgeschlossen, daß der Rentner und frühere Apotheker B. als versicherungspflichtiger Gehilfe in der Apotheke seines ihm befreundeten Kollegen, des Apothekenbesitzers Dr. Sch. anzusprechen ist, dem er in der Kriegszeit lediglich freiwillig aushalf halbtagweis gegen eine Vergütung von 5 ℳ. Ein eigentliches bindendes Arbeits- oder Dienstverhältnis lag nicht vor, sondern eine im Wege des Entgegenkommens aus vaterländischen Rücksichten geleistete Aushilfetätigkeit, bei der weder eine Abhängigkeit noch eine Unterordnung in Frage kamen. Wenn dabei eine Vergütung gewährt wurde, so ist darin kein Entgelt im eigentlichen Sinne, sondern ein gewisser Anstandsausgleich zu erblicken, um die Tätigkeit, die immerhin auch einen wirtschaftlichen Wert hatte, für den Apothekenbesitzer, der durch den Krieg seiner berufsmäßigen Hilfskräfte entbehren mußte, nicht als Geschenk hinzunehmen.

B., der als Rentner und früherer Apotheker über ein so erhebliches Jahreseinkommen verfügt, daß obige Vergütung hier jedenfalls nicht ins Gewicht fällt, steht jedenfalls außerhalb der Personenkreise, für welche die Reichsversicherungsordnung in Krankheitsfällen den sozialen Schutz der Krankenversicherung auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses gegen Entgelt im

Digitized by Google

§ 165 RVO. vorgesehen hat. Den Kern der Sache trifft es durchaus, wenn das Versicherungsamt ausführt, daß unter Gehilfen in Apotheken solche Personen zu verstehen sind, die nach Abschluß einer Lehrzeit ihr Examen bestanden haben und als Gehilfen sich weiter ausbilden und vervollkommnen, um, wie diesseits hinzugesetzt wird damit ihr Fortkommen im Berufsleben und ihren Unterhalt sich zu sichern. Alles dies steht vorliegend bei der Betätigung des früheren Apothekers B. außer Frage und nicht im entferntesten kommen die Rücksichten sozialer Fürsorge für die Minderbemittelten in Krankheitsfällen, die den Grundgedanken der Krankenversicherung bilden, im vorliegenden Falle in Betracht. Der Genannte ist daher als versicherungspflichtig von der Kasse zu Unrecht angesprochen worden.

Anmerkung: Wir halten die Begründung der Entscheidungen durchweg für verfehlt und mit anerkannten versicherungsrechtlichen Grundsätzen für unvereinbar. Man kann doch nicht ernstlich bezweifeln, daß auch ein früher selbständiger Apothekenbesitzer wieder in eine Gehilfenstellung eintreten kann und daß er dies tatsächlich tut, wenn er gegen Entgelt Gehilfendienste leistet. Das aber lag hier vor. Der Betrieb geht für Rechnung des Apothekenbesitzers; ihm allein gereicht der Betrieb zum Nutzen oder Schaden. Kann hiernach der aushelfend Eingetretene nicht als Unternehmer oder Mitunternehmer angesehen werden, so ist seine Beschäftigung im Betriebe eben eine wirtschaftlich unselbständige. Eine feste vertragliche Bindung ist nicht Voraussetzung der Versicherungspflicht; ebenso schließt weitgehende Freiheit in der Zeiteinteilung oder hinsichtlich der Ausführung der einzelnen Arbeiten jene wirtschaftliche Unselbständigkeit nicht aus. Noch weniger wird sie ausgeschlossen durch noch so großen Wohlstand oder Reichtum. Wer 500 000 ℳ geerbt hat und dennoch, gleichviel aus welchem Beweggrunde, eine Stellung als Buchhalter mit 1800 ℳ Jahresgehalt annimmt, ist selbstverständlich nicht minder krankenversicherungspflichtig als der arme Teufel, der so etwas nötig hat. Ein beträchtliches Vermögen gibt freilich eine Art von wirtschaftlicher Unabhängigkeit, aber nicht auf diese kann es ankommen, wenn der Besitzer sich dennoch in ein Abhängigkeitsverhältnis begibt, indem er im Betriebe eines anderen eine Beschäftigung übernimmt, deren Unselbständigkeit darin zutage tritt, daß dieser andere sie näher zu regeln jederzeit befugt ist. So lag die Sache auch hier. Wie große Freiheit dem Aushelfenden tatsächlich gelassen sein mag, der Inhaber der Apotheke ist jederzeit in der Lage, ihm z. B. die Ausführung einer ärztlichen Verordnung zu untersagen usw. Wieweit er von dieser Möglichkeit tatsächlich Gebrauch gemacht hat, ist unerheblich. Ebenso ist der Beweggrund für die Übernahme einer solchen Stellung durch B. vollkommen gleichgültig. Mochte er ausschließlich von den edelsten Gefühlen bestimmt worden sein, oder mochte er zugleich meinen, daß 150 ℳ für den Monat immerhin ein annehmbarer Zuschuß zu seinem sonstigen Einkommen seien, jedenfalls stellen sie ein Entgelt dar, und zwar ein beträchtliches und keinesfalls wirtschaftlich belangloses. Darüber ist kein Wort zu verlieren. Was das Versicherungsamt in dieser Richtung unter Berufung auf die Entscheidung des RVA. vom 6. Februar 1915 (siehe ArbVers. 1915 S. 589) ausführt, beruht auf einem Mißverständnis. Dort handelte es sich nicht um die Frage, ob die Beschäftigung eine unselbständige im versicherungsrechtlichen Sinne, sondern ob die ganz zweifellos unselbständige Beschäftigung der Hauptberuf des Beschäftigten war; hierfür kam es unter anderem auch auf die Höhe des Entgelts im Verhältnis zum sonstigen Einkommen an.

Hätten die Versicherungsbehörden dies beachtet, so hätten sie möglicherweise auf Grund einer anderen Erwägung zu der gleichen Entscheidung kommen können. Nach den Angaben des Apothekenbesitzers ist die Stellung des B. offenbar eine gehobene; er ist nicht mehr als Gehilfe, und steht dem Besitzer anscheinend zugleich als Vertreter zur Seite. Das hätte allenfalls noch näher geklärt werden können. Vielleicht also konnte man annehmen, daß B. eine leitende Stellung innehat, in der er nach § 165 Ziff. 2 RVO. nur versicherungspflichtig sein würde, wenn sie seinen Hauptberuf bildete, und dies würde nach der vorerwähnten Entscheidung zu verneinen sein.

Bestimmungen des Reichskanzlers über die Verwendung von Mitteln der Betriebskrankenkassen der Heeresverwaltung zum Besuche von Versammlungen.

Vom 14. Dezember 1916 (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 537).

Auf Grund des § 363 Abs. 2 und des § 113 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung bestimme ich für die Betriebskrankenkassen im Bereiche der Königlich Preußischen, Königlich Sächsischen und Königlich Württembergischen Heeresverwaltung folgendes:

§ 1. Den Krankenkassen wird die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen der Kassenvereinigungen (Reichsversicherungsordnung § 414) hierdurch unter den nachstehenden Voraussetzungen gestattet:

1. Die Versammlungen dürfen nur den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen.
2. Jede Kasse darf nur einen Vertreter entsenden. Als Vertreter darf nur entsendet werden, wer die Mehrheit der Stimmen aus der Gruppe der Versicherten im Vorstand hat.
3. Als Entschädigung für den Besuch der Versammlungen erhalten die Vertreter der Versicherten, wenn sie Mitglieder der Kassenorgane sind, die ihnen in dieser Eigenschaft zustehenden Bezüge, andernfalls Tagegelder und Reisekosten nach den für die Arbeiter des Betriebs geltenden Vorschriften. Fällt die Wahl auf eine der nach § 362 der Reichsversicherungsordnung vom Arbeitgeber für die Kassengeschäfte bestellten Personen, so hat die Kasse dieser die ihr als Angestellten des Arbeitgebers bei Reisen zustehenden Bezüge zu gewähren.
4. Die Kassen haben der militärischen Aufsichtsbehörde, im Bereiche der Königlich Sächsischen Heeresverwaltung dem Versicherungsamte von der Entsendung der Vertreter vorher unter Beifügung der Einladung und Angabe der Beratungsgegenstände Anzeige zu erstatten.

§ 2. Die Verwendung von Mitteln der Kranken-

Digitized by Google

kassen zum Besuche von anderen als den vorstehend bezeichneten Versammlungen bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts.

§ 3. Zur Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen außerhalb des Deutschen Reichs ist meine Genehmigung erforderlich.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht eines staatlich geprüften Heilgehilfen.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 19. Mai 1916 (P. 19/16).

Mit Recht zählt der Rentenausschuß den J. nicht mehr zu den einfachen, nur ausführenden Handarbeitern. Es ist nicht richtig, daß die rein technischen, körperlichen Arbeiten des Angestellten überwiegen und seiner Stellung das Gepräge geben. Mag auch für die spätere Wartung und Pflege des Verletzten in erster Linie der Arzt verantwortlich sein, so hat doch J. gerade bei der ersten, besonders wichtigen Behandlung der im Betriebe Verunglückten die nächsten Maßnahmen zu treffen, die oft für das Leben und die Gesundheit der in die Unfallstation Eingelieferten von der höchsten Bedeutung sind. So hat er zunächst allein und unter ausschließlicher Verantwortlichkeit selbständig Notverbände anzulegen und erforderlichenfalls Wiederbelebungsversuche vorzunehmen. Von seiner Geschicklichkeit, Umsicht und Tatkraft wird also nicht selten das Leben der Verunglückten abhängen. Er bekleidet somit eine Stellung, die etwa der des Arztes auf einer Unfallstation verwandt ist, und das hohe Maß von Verantwortung kann und darf ihm auch nur mit Rücksicht auf seine Vorbildung auf dem Gebiete der Heilkunde zugestanden werden. Er hat sich nämlich nicht nur in Krankenhäusern praktische Erfahrung in ärztlichen Dingen erworben, sondern mußte auch seine Befähigung als Heilgehilfe durch eine staatliche Prüfung erweisen.

Hinzu kommt, daß seine Tätigkeit sich nicht mit der ersten Hilfeleistung erschöpft. Er hat vielmehr ferner selbständig zu befinden, ob ein Verletzter nur einem Arzte oder alsbald einem Krankenhause zu überweisen ist. Endlich hat er in leichteren Fällen sogar die Weiterbehandlung der Verletzten selbst zu bewirken. Mag er dabei auch unter der Oberaufsicht des Arztes stehen, so muß er doch naturgemäß auch bei diesen Verrichtungen ein nicht geringes Maß von eigener Verantwortlichkeit tragen und nicht unerhebliche fachtechnische und medizinische Kenntnisse und Erfahrungen besitzen, ohne die er nicht mit Erfolg sich als ein sachverständiger Gehilfe des Arztes erweisen könnte.

Hiernach handelt es sich keineswegs, wie das Schiedsgericht meint, um einen gewöhnlichen, unter fortlaufender ärztlicher Kontrolle stehenden Heilgehilfen. Für seine gehobene Stellung spricht übrigens auch der Umstand, daß er sein Gehalt monatlich erhält und auf eine langfristige — dreimonatige — Kündigung angestellt ist.

Badediener und Masseure in einem Sanatorium, trotz staatlicher Prüfung, nicht angestelltenversicherungspflichtig.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 9. Juni 1916 (P. 189/15).

Die beiden Angestellten haben Wasserbäder und medizinische Bäder aller Art, also Duschen-, Voll- und Halbbäder verschiedener Wärmegrade, Kohlensäure-, Sauerstoff-, Sol-, Salz-, Fichtennadel- und ähnliche Bäder vorzubereiten und zu verabfolgen, die Massage auszuüben und ferner Schlamm- und Moorbäder, Licht- und elektrische Bäder zu bereiten und auszuführen. Die Art der Bäder ist von ärztlicher Anordnung abhängig. Die Tätigkeit wird durch den leitenden Arzt des Sanatoriums täglich beaufsichtigt und nachgeprüft.

Daneben haben sie aber die sämtlichen niederen Dienstleistungen in den Zellen zu besorgen, das Publikum zu bedienen, die Zellen und Badegeräte zu reinigen. Irgendwelche Untergebene oder sonstige Hilfspersonen stehen ihnen dazu nicht zur Verfügung. Hervorgehoben wird, daß Sonntags die Bäder und Massagen ausfallen, aber Sonnabends ein großes Reinemachen der Baderäume stattfindet.

Die Arbeitgeberin hebt in der Beschwerde hervor, daß die Verabreichung der medizinischen usw. Bäder eine durchaus mechanische Sache sei, zu der alle nötigen Präparate nur fertig eingeschüttet zu werden brauchen.

Die nötigen Vorkenntnisse für die Zubereitung der Bäder und für Massage hat sich P. durch die Praxis, und zwar hauptsächlich beim Militär in der Lazarettabteilung angeeignet. Er ist als Heilgehilfe und Masseur staatlich geprüft. Die Masseuse R. hat die erforderliche Sachkunde in Krankenhäusern durch die Praxis erworben, dagegen keine staatliche Prüfung bestanden.

Nähere Feststellungen über das zeitliche Verhältnis der Tätigkeit an den Bädern und bei der Massage einerseits, und der niederen Tätigkeit in den Baderäumen andrerseits, lassen sich nicht treffen. Es hängt dies von der Zahl der zu behandelnden Personen ab.

Digitized by Google

Hiernach kann der Auffassung der Landesversicherungsanstalt in der Äußerung vom 6. September 1915 und dem Gutachten des Schiedsgerichts lediglich dahin beigetreten werden, daß die Tätigkeit dieser Badewärter über die gewöhnlichen Verrichtungen eines Handarbeiters oder Dienstboten nicht hinausgehen und daß zum mindesten ihre überwiegende Tätigkeit in körperlichen Leistungen besteht, welche der Aufgabe eines gewöhnlichen Arbeiters, Gehilfen oder Dienstboten im Sinne des § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung entsprechen.

Ein anderes Ergebnis kann auch daraus nicht hergeleitet werden, daß P. die für das niedere Heilpersonal vorgeschriebene Prüfung bestanden und dadurch das Recht erlangt hat, sich als staatlich geprüfter Heilgehilfe zu bezeichnen. Die Gewerbeordnung enthält über das Gewerbe der Heildiener und Heilgehilfen keine Vorschriften, so daß dieses der landesgesetzlichen Regelung untersteht. Die für Preußen gültigen Vorschriften ergeben sich aus dem Erlaß des Ministers der Medizinal-Angelegenheiten, betreffend Vorschriften für die Prüfung der Heilgehilfen und Masseure vom 18. Februar 1903 (Ministerialbl. für Medizinalangel. S. 96; Grotefend 1903, 103), nebst den diesem Erlasse beigefügten Vorschriften über die Prüfung und Beaufsichtigung der staatlich geprüften Heilgehilfen und Masseure. Es wird hiernach vom Regierungspräsidenten ein Befähigungszeugnis erteilt, welches auf Grund einer vor dem zuständigen Kreisarzt abgelegten Prüfung ausgestellt wird. Dieser Prüfung hat eine dreimonatige praktische Ausbildung und die erfolgreiche Teilnahme an einem unter ärztlicher Leitung veranstalteten Kurse von mindestens sechswöchiger Dauer vorauszugehen. Die Prüfung erstreckt sich auf die gesamte Krankenpflege, Badepflege und Dienstleistung bei Operationen usw., Zubereitung und Anwendung von Bädern, Handhabung der Dusche, Ausführung von Übergießungen und Abreibungen, auf Massage, erste Hilfe bei Unglücksfällen bis zur Ankunft des Arztes und Wiederbelebungsversuche bei Scheintoten. Außerdem hat der Bewerber die für seinen Beruf erforderlichen Kenntnisse des Baues des menschlichen Körpers nachzuweisen. Von der Prüfung wird bei Sanitätsmannschaften abgesehen, welche ein Zeugnis über eine einwandfreie fünfjährige aktive Dienstzeit im Sanitätsdienst und über ihre Fertigkeit in der Ausübung der Massage besitzen. Die Prüfung wird alle vier Jahre wiederholt.

Es wird den Heilgehilfen die Verpflichtung auferlegt, bei der Ausübung ihres Berufs sich streng innerhalb der Grenzen der ihnen bescheinigten Befähigung zu halten, auf Anordnung des Arztes diejenigen Verrichtungen vorzunehmen, auf welche ihr Befähigungszeugnis lautet und hierbei den Weisungen des Arztes unbedingte Folge zu leisten. Jede selbständige Kur, jede Kritik des Arztes oder eine Beeinflussung der Kranken in der Wahl des Arztes ist ihnen untersagt. Sie unterliegen der ständigen Aufsicht durch den Kreisarzt.

Nach alledem sind die Anforderungen, welche an die Ausbildung und die Kenntnisse und Fertigkeiten des Heilgehilfen gestellt werden, so gering, sie bewegen sich dermaßen ausschließlich auf dem Gebiet des Äußerlichen und rein Mechanischen, daß auch aus diesen Vorschriften eine Gehobenheit ihrer Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht hergeleitet werden kann. Die an sie gestellten Anforderungen bleiben erheblich hinter denjenigen zurück, welche z. B. an Trichinen- und Fleischbeschauer nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften gestellt werden (zu vgl. der Beschluß des Oberschiedsgerichts vom 23. Januar 1915 in Sachen A. — P. 34/14 —).

Ebenso liegen die besonderen Umstände nicht vor, die in dem Falle des Beschlusses des Oberschiedsgerichts vom 19. Mai 1916 in Sachen F. — P. 19/16 —*) eine abweichende Beurteilung erfordert haben. Dort handelte es sich um einen für die Arbeiter einer Fabrik ständig angestellten Heilgehilfen, dem eine weitreichende Selbständigkeit in der Behandlung eingeräumt war, namentlich in Ansehung der ersten Hilfe bei Unfällen und in der Ausführung der weiteren Behandlung nach den allgemeinen Anweisungen des Arztes. Hiervon ist im vorliegenden Falle nicht die Rede.

*) Siehe die vorstehend abgedruckte Entscheidung.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Ausstellung neuer Versicherungskarten für die Angestelltenversicherung.

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte weist darauf hin, daß mit Ablauf des Jahres 1916 die Hauptmenge der im Jahre 1912 ausgestellten Versicherungskarten Nr. 1 mit Beitragseintragungen gefüllt sein wird, so daß für die Versicherten neue Versicherungskarten Nr. 2 nötig werden. Wenn nun mit der Anforderung der neuen Versicherungskarten allgemein bis zum Januar 1917 gewartet würde, so würden die Ausgabestellen dermaßen mit der Arbeit überhäuft werden, daß die wünschenswerte schnelle Erledigung der Anträge in Frage gestellt wäre. Da nun die vollen Versicherungskarten Nr. 1 dauernd in den Händen der Versicherten bleiben und für die Ausstellung der neuen Versicherungskarte nicht gebraucht werden, so ist es möglich und im Interesse der Ausgabestellen erwünscht, wenn die betr. Versicherten

Digitized by Google

noch im Laufe des Jahres 1916 sich die neue Versicherungskarte Nr. 2 ausstellen lassen, während sie ihre Versicherungskarte Nr. 1 noch weiter bis zum Ablauf des Jahres benutzen. Die dazu nötigen Vordrucke zu Aufnahme- und Versicherungskarten sind von den Ausgabestellen zu beziehen.

Die Geschäftsberichte der Landesversicherungsanstalten auf das Jahr 1915.

Unter den verschiedenen Trägern der sozialen Versicherung sind die Landesversicherungsanstalten diejenigen, deren Geschäftsberichte immer am spätesten erscheinen. So waren Ende des Jahres 1916 noch nicht alle Berichte auf das Jahr 1915 erschienen. Das hat seine Ursache in der Art des Geschäftsganges bei den Versicherungsanstalten, teils auch in der Art der Berichte selbst. Meist enthalten sie umfangreiche und komplizierte Tabellen. In der Form der Darstellung des Stoffes weichen die Berichte der Versicherungsanstalten noch viel mehr von einander ab als die der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Das tritt schon äußerlich dadurch in die Erscheinung, daß wir neben dicken Berichten von einigen hundert Seiten auch solche finden von nur wenig Seiten. Jetzt in der Kriegszeit ist im allgemeinen der Umfang der Berichte sehr beschränkt worden. Einige Versicherungsanstalten verzichten überhaupt auf die Herausgabe eines gedruckten Berichts. Bei allen diesen Feststellungen ist zu bedenken, daß die Versicherungsanstalten namentlich auch in ihrer Größe eine bessere Ebenmäßigkeit aufweisen als die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften.

Die Berichte der Versicherungsanstalten auf das Jahr 1915 stehen vielfach im Zeichen des 25jährigen Bestehens der Invalidenversicherung. Die Versicherungsanstalt Westfalen hat aus diesem Anlaß eine besondere Festschrift herausgegeben. In ihr schildert der Vorsitzende der Anstalt, Dr. jur. Althoff, die Entwickelung derselben. Auch die Landesversicherungsanstalten Sachsen-Anhalt, Braunschweig und andere gehen in ihren Berichten näher auf die Begebenheiten seit Bestehen der Anstalten ein. Zum guten Teil handelt es sich bei den Darstellungen um die geschichtliche Entwickelung der Invalidenversicherung überhaupt. Wir ersehen, aus welchen Anfängen heraus die Versicherungsanstalten entstanden sind. So ist zum Beispiel bei der Landesversicherungsanstalt Westfalen die Zahl der Versicherten von rund 400 000 in den ersten Geschäftsjahren auf rund 876 000 im Jahre 1913, also um mehr als das Doppelte gestiegen. Am 1. Dezember 1890 nahm die Anstalt mit vier Beamten den Geschäftsbetrieb auf; im Jahre 1914 waren deren 217 vorhanden. Meist haben sich inzwischen die Versicherungsanstalten eigene große Verwaltungsgebäude errichtet, deren schöne Einrichtungen sie uns in Wort und Bild in den Berichten vorführen.

Im übrigen steht das Geschäftsjahr 1915 unter der Einwirkung des Krieges. Man kann wohl sagen, daß von den einzelnen Versicherungszweigen die Invalidenversicherung am erheblichsten unter den Folgen des Krieges zu leiden hat. Es sind der Kriegsteilnehmer, die invalid geworden sind, nur wenige, die keinen Anspruch an die Invalidenversicherung haben. Ebenso werden die hinterbliebenen Familienangehörigen der Gefallenen in den allermeisten Fällen Ansprüche stellen. Die Geschäftsberichte der Versicherungsanstalten behandeln daher auch den Krieg vielfach in einem besonderen Abschnitt. So führt in einem solchen die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz aus, daß am Schlusse des Berichtsjahres 183 ihrer Beamten sich unter den Fahnen befanden. Für alle diese seien Kriegsversicherungen bei der Landesbank der Rheinprovinz abgeschlossen worden, um auf diese Weise den Kriegsteilnehmern und ihren Familien hilfreich zur Hand zu gehen. Bei Einziehung der Beiträge sei mit größter Schonung vorgegangen, soweit möglich auch von zwangsweisen Beitreibungen abgesehen worden, desgleichen von Strafen. Als Strafbeträge gelten auch verjährte Beiträge. Diese eingeschlossen, seien die Strafgelder von 16 061 Mark im Jahre 1914 auf 1215 Mark im Jahre 1915 zurückgegangen. Nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 haben die Versicherungsanstalten den Krankenkassen ihres Bezirks auf Antrag zur Aufbringung der Mittel für die Kriegswochenhilfe dreiprozentige, nach zehn Jahren rückzahlbare Darlehen zu bewilligen. Diese Hilfe der Versicherungsanstalten ist so gut wie garnicht in Anspruch genommen worden. So sind zum Beispiel der Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau nur zwei derartige Anträge zugegangen, und zwar von den Allgemeinen Ortskrankenkassen in Rüdesheim und Eltville. Ersterer sind 2000 Mark, letzterer 3700 Mark bewilligt worden.

Für die Kriegswohlfahrtspflege haben manche Versicherungsanstalten erhebliche Aufwendungen gemacht. Die Landesversicherungsanstalt Thüringen verausgabte zum Beispiel im Jahre 1915 für diese Zwecke 2 169 142 ℳ. Die Dankes- und Ehrengabe für Witwen und Waisen gefallener Krieger wurde von ihr bis zum Herbst 1916 in 5606 Fällen gezahlt, und zwar im Gesamtbetrag von 498 070 ℳ. Als Liebesgabe für alle in Thüringen aufgestellten Truppenteile sandte die Thüringer Landesversicherungsanstalt rund 120 Kisten mit 120 000 Zigarren, 240 000 Zigaretten, 5000 Pack Tabak und 500 Hosenträgern ins Feld. Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg stellte eine größere Summe bereit, aus der die verschiedensten Unterstützungen gewährt werden können. Besonders bemerkenswert ist die damit eingeführte Wochenhilfe, mit der den Ehefrauen bedürftiger Versicherten und Rentenempfänger aus Anlaß eines Wochenbettes eine Unterstützung von 10 ℳ sowie eine zweite und dritte Unterstützung in derselben Höhe gewährt wird, wenn das Kind nach Ablauf des zweiten und dritten halben Monats noch lebt. Die Landesversicherungsanstalt Berlin widmete besonders den arbeitslosen Versicherten ihre Fürsorge. Die Unterstützungsanträge werden von den Geschäftsstellen des Magistrats, oder, wenn der Antragsteller Mitglied einer Angestellten- oder Arbeiterorganisation ist, von letzterer entgegengenommen und begutachtet. Bezüglich der Höhe der zu gewährenden Unterstützungen sind Normalsätze, je nach der Anzahl der zu unterstützenden Familienangehörigen aufgestellt. So erhalten zum Beispiel Eheleute ohne Kinder wöchentlich 5 ℳ, mit einem Kinde 8 ℳ mit zwei Kindern 10 ℳ, mit 3 Kindern 12 ℳ usw. Mit der Abnahme der Arbeitslosigkeit haben die Aufwendungen für diese Zwecke ständig nachgelassen. Die Landesversicherungsanstalt Hannover hatte bis Ende 1915 abzüglich der Erstattungen durch die Militärverwaltung Aufwendungen für Kriegshilfe in Höhe von 1 363 460 ℳ. Darunter befinden sich 652 240 ℳ Liebesgaben an Hinterbliebene Gefallener, rund 390 000 ℳ Zuschüsse zu den Verpflegungskosten Verwundeter, 112 020 ℳ zur Beschaffung von Wollsachen für das Feldheer usw. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt wendete im Jahre 1915 für Kriegsfürsorgemaßnahmen 1 174 633 ℳ auf, davon 792 900 ℳ zur Unterstützung fion Arbeitslosen und Hilfsbedürftigen. Besonders bemerkenswert ist, daß die Anstalt ihr großes, schönes, neuerrichtetes Verwaltungsgebäude der Heeresverwaltung als Hilfslazarett zur Verfügung stellte.

Die Beitragseinnahmen sind nicht in den einzelnen Gebieten des Reiches in gleichem Maße zurückgegangen. Sie haben z. B. in Thüringen, wie die

Digitized by Google

dortige Versicherungsanstalt berichtet, in erheblich stärkerem Maße abgenommen wie im Reich; denn während die Einnahme im Reichsdurchschnitt rund 82 v. H. der Beitragseinnahme des letzten vollen Friedensjahres beträgt, erreicht sie bei den Versicherungsanstalten Thüringen und Kgr. Sachsen nur rund 77 v. H. Unter einem noch stärkeren Rückgang hatten nur die Landesversicherungsanstalten Ostpreußen und Elsaß-Lothringen zu leiden, die rund 76 bezw. 62 v. H. der Beitragseinnahmen von 1913 erreichten.

Die Festsetzung und Löschung der Renten zeigt ein reich bewegtes Bild. Vor allem natürlich auf dem Gebiete der Invalidenrenten. Es mehren sich die Versicherungsanstalten, bei denen die Zahl der weggefallenen Renten größer ist als die der festgesetzten, so daß der Bestand an laufenden Renten bei ihnen fortgesetzt geringer wird. So wurden im Jahre 1915 bei der Versicherungsanstalt Pommern 2555 Invalidenrenten festgesetzt, aber 3100 gelöscht, so daß sich der Bestand an laufenden Renten von 31 282 am 31. Dezember 1914 auf 30 737 am Schlusse des Jahres 1915 verminderte. Bei der Versicherungsanstalt Westpreußen wurden 2458 festgesetzt und 2734 gelöscht; der Bestand verminderte sich von 30 416 auf 30 140. Daneben gibt es natürlich auch noch Anstalten, bei denen die Zahl der laufenden Renten im Zunehmen begriffen ist. So wurden von der Landesversicherungsanstalt Brandenburg 6640 Invalidenrenten festgesetzt, 6507 gelöscht, so daß sich der Bestand von 65 570 auf 65 703 erhöhte. Die geringere Festsetzung von Invalidenrenten wird durch reichlichere Gewährung von Krankenrenten ausgeglichen. Es scheint, als habe man den Kriegsbeschädigten, die Anspruch auf Rente haben, vorzugsweise Krankenrenten bewilligt. So wurden im Jahre 1915 bei der Versicherungsanstalt Schleswig-Holstein 570 Krankenrenten festgesetzt und 315 gelöscht, so daß sich der Bestand von 185 auf 440 erhöhte. Hessen-Nassau setzte 1470 fest und löschte 532, Württemberg 1610 bezw. 167, Unterfranken 287 bezw. 192, Pfalz 297 bezw. 100. Die Altersrenten zeigen schon seit vielen Jahren die Tendenz, in größerer Zahl wegzufallen als festgesetzt zu werden. Der Bestand ist daher immer geringer geworden. Das hat seinen Grund darin, daß die Wartezeit, wie sie die Reichsversicherungsordnung vorsieht, immer schwerer zu erfüllen ist.

Das Geschäftsverfahren in der Invalidenversicherung ist während der Kriegszeit verschiedentlich vereinfacht worden. So ist bei der Auszahlung der Hinterbliebenenrente — wie die Landesversicherungsanstalt Berlin berichtet — auf Anregung des Reichsversicherungsamtes eine Erleichterung dadurch eingetreten, daß Vollmachten von Kriegsteilnehmern auf ihre Angehörigen, z. B. die Ehefrau, in der einfachsten Form als ausreichend angesehen wurden. Briefe der Berechtigten an ihre Angehörigen, die den Wunsch enthielten, die Rente zu erheben, wurden als ausreichend angesehen, wenn nur erkennbar war, daß die Antragsteller sich beim stehenden Heere befanden. Weiterhin hat das Reichspostamt sich damit einverstanden erklärt, daß es zur Umschreibung bei der Post nicht der in den Ausführungsbestimmungen über die Zahlung der Renten vorgesehenen Wegfall- oder neuen Zahlungsanweisungen bedarf, sondern eine einfache Mitteilung von der erteilten Vollmacht an die zuständige Oberpostdirektion durch die Versicherungsanstalt genügt. — Trotz diesen Vereinfachungen staute sich bei manchen Versicherungsanstalten die Arbeit sehr an und die Entschädigungsberechtigten mußten im allgemeinen länger auf Erledigung ihrer Anträger warten als sonst.

Die Heilbehandlungen haben im allgemeinen durch den Krieg eine Einschränkung erfahren. Teils ist das auf das Bereitstellen der Heilstätten für Kriegskrankenpflege, teils auf andere mit dem Kriege zusammenhängende Umstände zurückzuführen. Sobald ein Hindernis beseitigt war, ist auch sofort die Heilbehandlung im möglichen Umfange wieder aufgenommen worden. Über bemerkenswerte Neuerungen berichtet die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, die in Hamburg eine Fürsorgestelle für syphilliskranke Versicherte ins Leben rief, deren Geschäftsgang sie ausführlich schildert. Beachtenswert ist auch die Fürsorge der Versicherungsanstalt für kranke und pflegebedürftige Kinder von lebenden Versicherten. Durch Einrichtung eigener Markenverkaufsstellen neben der Post hat die Anstalt allein im Jahre 1913 einen Zinsgewinn von mehr als 20 000 ℳ erzielt. Auf Antrag von Vorstand und Ausschuß genehmigte das Reichsversicherungsamt auf Grund des § 1274 RVO. die Verwendung dieses Betrages für Kinder tuberkulöser, aber noch lebender Eltern, und zwar unter der Bedingung, daß die drei Hansestädte aus eigenen Mitteln den gleichen Betrag für denselben Zweck hinzufügen. Das ist geschehen, sodaß jetzt jährlich weitere 40 000 ℳ zur Errettung der gefährdesten aller Kinder vom Säuglingsalter an bereit stehen. Die Kinder werden besonders in Erholungsheimen untergebracht. Die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz berichtet über die Schwierigkeit der Beschaffung von Lebensmitteln für die Heilstättenpfleglinge. Durch Einkochen und Einlegen seien Vorräte angesammelt worden. Jedenfalls werde die Verpflegung ohne Rücksicht auf die Kostenfrage so sorgsam durchgeführt, daß der Zweck der Heilstätten, die Kranken der Gesundung zuzuführen, gewahrt bleibt. Der Bericht der Landesversicherungsanstalt Braunschweig sagt: Der wahre Wert der Versicherungsanstalten liegt nicht in der Gewährung von Renten an Alte, Gebrechliche oder Hilfsbedürftige, sondern in der Förderung der Volkswohlfahrt, insbesondere der Bekämpfung der Volksseuchen, ferner in der Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, überhaupt in der tatkräftigen Unterstützung aller die Hebung des Volkswohls bezweckenden Einrichtungen. Indem sie sich des einzelnen annehmen, nützen sie dem Ganzen auf das wirksamste. — Diesen Worten wird nur zugestimmt werden können. Es ist deshalb nur zu empfehlen, daß im allgemeinen nach dieser Richtung mehr geschieht.

Die Aufwendungen für Arbeiterwohnungsfürsorge sind immer mehr gestiegen. Es haben z. B. für diese Zwecke hergegeben nach dem Stande vom Schlusse des Jahres 1915 die Versicherungsanstalten Königr. Sachsen 55 986 831 ℳ, Schlesien 14 699 775 ℳ, Brandenburg 8 017 390 ℳ, Ostpreußen 9 201 671 ℳ, Hessen-Nassau 20 204 816 ℳ, Mittelfranken 9 228 075 ℳ, Württemberg 28 887 148 ℳ, Baden 37 356 277 ℳ, Elsaß-Lothringen 7 524 200 ℳ. Die Gelder werden hauptsächlich zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen verwendet; die Hergabe geschieht zum größten Teil an Baugenossenschaften, Aktienbauvereine usw. Der Zinsfuß bewegt sich zwischen 3 bis 4, ausnahmsweise auch bis $4^1/_2$ v. H. Die Darlehn werden fast nur innerhalb der Grenzen der Mündelsicherheit gewährt; nur in besonderen Fällen wird darüber hinaus gegangen.

Die Versicherungsanstalten haben meist „Grundsätze" aufgestellt, nach denen sie Darlehn für Bauzwecke gewähren. So kennt z. B. die Landesversicherungsanstalt Oldenburg (wie die meisten Anstalten) solche für die Hergabe von Darlehn an einzelne Versicherte und solche an Arbeitgeber. Die Darlehnsbedingungen für Baugenossenschaften werden nach jenen Grundsätzen für den Einzelfall festgesetzt. Bemerkenswert sind die Vergünstigungen für kinderreiche Familien,

Digitized by Google

nach denen Versicherten, die drei oder mehr Kinder im Alter bis höchstens 15 Jahren bei sich haben, eine Reihe Ausnahmen von den Grundsätzen zugestanden werden kann. So kann bei ihnen die Beleihung bis zu drei Vierteln des Wertes erfolgen, weiter kann ein Nachlaß auf die Zinsen gewährt werden, schließlich kann die Tilgung ganz oder zum Teil nachgelassen werden usw. Besondere Pflege widmet die Landesversicherungsanstalt Oldenburg der Hergabe von Darlehen zur Seßhaftmachung landwirtschaftlicher Arbeiter unter staatlicher Bürgschaft, um die außerordentlich ungünstigen Wohnungsverhältnisse zu bessern. Die Landesversicherungsanstalt Hannover berichtet, daß das genossenschaftliche Bauwesen keinen Rückschluß auf innere Müdigkeit zulasse. Für 1916 seien Darleben an Bauvereine in Höhe von 1 941 200 ℳ beantragt und in Höhe von 1 486 200 ℳ in Aussicht gestellt worden. Durch Tilgungen der Darlehnsschuldner seien im Jahre 1915 der Versicherungsanstalt wieder 746 050 ℳ zugeflossen. — Man sieht, daß im Großen und Ganzen den Versicherungsanstalten viele Aufgaben durch den Krieg gestellt wurden, die sie befriedigend lösten.

Zur Vereinbarung über die Durchführung der §§ 119, 220, 222 RVO.

(ArbVers. 1916 Heft 35 S. 835) teilen die Verbandszeitschriften folgende Begründung und Erläuterung mit:

Das Abrechnungsverfahren zwischen den Krankenkassen bei der Überweisung außerhalb des Kassenbezirks erkrankter Mitglieder hat schon seit jeher zu vielen Zwistigkeiten geführt. Die Vorschriften des § 57 a Abs. 4 des KVG., wonach als Ersatz für Krankenpflege die Hälfte des Krankengeldes zu berechnen war, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen wurden, hatte zur Folge, daß die aushelfenden Kassen häufig nicht ausreichende Entschädigung für ihre Aufwendungen erhielten und sich daher nicht im wünschenswerten Maße um die ihnen überwiesenen Kranken kümmerten. Denn häufig war es nicht möglich, höhere Aufwendungen nachzuweisen.

Infolgedessen wurde versucht, in der RVO. eine andere Regelung vorzunehmen. Dabei wurde jedoch der Grundsatz der Pauschabgeltung beibehalten und lediglich die Entschädigung für Krankenpflege von der Hälfte des Krankengeldes (also in der Regel $^1/_2$ des Grundlohns) auf $^3/_4$ des Grundlohns erhöht. Diese Erhöhung trug den erheblich gestiegenen Aufwendungen für Krankenpflege in etwas Rechnung. Eine befriedigende Lösung bildet aber auch § 222 der RVO. nicht.

Seit langem sind daher viele Kassen zu der Überzeugung gelangt, daß die beste Lösung die sei, wenn jede Kasse das erstattet erhält, was sie tatsächlich aufgewendet hat. Dieser Grundsatz kann zunächst nur auf dem Wege privater Vereinbarung durchgeführt werden. Wenn die Abrechnung nach diesem Gesichtspunkte erfolgt, so würde jede Kasse bemüht sein, auch den fremden Mitgliedern möglichst alles zu bieten, was zu einer schnellen und gründlichen Heilung notwendig ist. Sie wird vor den notwendigen Ausgaben nicht zurückschrecken. Es wird also auch eine bessere Versorgung der zeitweilig oder dauernd außerhalb des Kassenbezirks wohnenden Mitglieder erreicht.

Viele Kassen hegen ein häufig nicht unberechtigtes Mißtrauen gegen auswärts wohnende Mitglieder. Meist kann die Kasse diese Mitglieder nicht der Krankenaufsicht unterwerfen. Namentlich in den Fällen, in denen freiwillige Mitglieder die Hälfte des Krankengeldes als Entschädigung für Krankenpflege erhalten, ist eine solche Aufsicht sehr am Platze. Sie wird aber von der Krankenkasse am Orte meist abgelehnt, weil diese einen Ersatz für Verwaltungsaufwand nicht zu beanspruchen hat. Infolgedessen erschien es notwendig, bei dieser Gelegenheit auch den Grundsatz aufzustellen, daß für eine besondere Krankenaufsicht auf Erfordern der Kasse des Versicherten ein besonderer Entschädigungssatz festgesetzt wird.

Dies sind die leitenden Gedanken für den Abschluß der Vereinbarung gewesen. Die Kassenverbände wollen durch diese Vereinbarung möglichst alle Streitigkeiten zwischen den Kassen aus Überweisungen ausschließen. Bei allseitigem Entgegenkommen und verständiger Würdigung der Sachlage wird dieses Ziel auch zu erreichen sein. Das Abkommen stellt einen Versuch dar, der während des Jahres 1917 unternommen werden soll. Stellen sich Mängel heraus, so können sie im nächsten Jahre beseitigt werden. Daher empfiehlt es sich, ungünstige Erfahrungen mit der Vereinbarung unter Beifügung des Tatbestandes dem Verbande mitzuteilen.

Die Kassenvorstände haben zunächst über den Beitritt zu beschließen und den Beschluß der nächsten Sitzung des Kassenausschusses zur Genehmigung vorzulegen (§ 345 Ziffer 4 RVO.). Es handelt sich um eine Vereinbarung mit anderen Kassen. Der Beschluß des Vorstandes reicht jedoch zunächst aus, um die Erklärung zum Beitritt an den Verband absenden zu können. Den Verbandskassen wird demnächst mit einem Rundschreiben der Wortlaut der Vereinbarungen und auch ein Vordruck für die Erklärung des Beitritts übermittelt.

Zur Erläuterung der Vereinbarung mag noch folgendes dienen:

Zu § 1.

1. Überwiesen werden können alle Kranken, denen eine Kasse Krankenpflege zu gewähren hat. Dies können außer den Mitgliedern die als erwerbslos Ausgeschiedenen, aber auch versicherungsfreie Familienangehörige sein. Welche Kasse zuständig ist, bestimmt der § 219 RVO. erschöpfend. In der Regel kommt die allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnorts in Betracht, sofern nicht eine besondere Ortskrankenkasse für den Beruf des Versicherten oder eine Landkrankenkasse zuständig ist. Stets ist die Überweisung an das Ersuchen der Kasse des Mitgliedes gebunden. Ein Anspruch auf Überweisung besteht nicht.

2. Dem Überweisungsschreiben wird die ersuchende Kasse zweckmäßig eine Satzung beifügen, aber außerdem noch den satzungsmäßigen Anspruch des Mitgliedes genau bezeichnen müssen. Damit die aushelfende Kasse weiß, wie sie abzurechnen hat, ist in dem Überweisungsschreiben anzugeben, ob die ersuchende Kasse der Vereinbarung beigetreten ist. Ist die ersuchende Kasse der Vereinbarung nicht beigetreten, so hat die aushelfende Kasse lediglich nach § 222 RVO. abzurechnen. Ist dagegen die aushelfende Kasse der Vereinbarung nicht beigetreten, so gilt ebenfalls § 222 RVO. Welche Kassen beigetreten sind, ist im Zweifelsfalle durch Anfrage beim Reichsversicherungsamt festzustellen.

3. Da die tatsächlichen Aufwendungen bis zu der gesetzmäßigen Höhe erstattet werden, so ist es notwendig, bei der ersuchenden Kasse vorher anzufragen, wenn besondere ärztliche Leistungen (z. B. Lichtbäder, Salvarsanbehandlung usw.) notwendig sind, oder wenn der Arzt besondere Heilmittel (z. B. Brunnenkuren, Prothesen usw.) verordnet. Da diese Leistungen, soweit sie nicht zu den Pflichtleistungen gehören nur auf Beschluß des Vorstandes der ersuchenden Kasse gewährt werden, so muß die Zustimmung dieser Kasse vorher eingeholt werden.

4. Sehr wesentlich ist es, daß die überwiesenen Kranken einer ausreichenden Krankenaufsicht unterstellt werden. Nach dem Gesetz besteht hierfür eine besondere Entschädigungspflicht nicht. Die aushelfende Kasse wird

Digitized by Google

daher eine Entschädigung hierfür nur dann ansetzen können, wenn sie für die Krankenaufsicht des fremden Kranken besondere nicht im Rahmen ihrer Geschäfte liegende Maßnahmen treffen muß. Aber auch dann darf die Höchstgrenze von $^3/_8$ des Grundlohns nicht überschritten werden.

Zu § 2.

Die Vereinbarung erstreckt sich aus Zweckmäßigkeitsgründen auch auf die Aushilfe nach § 220 RVO. bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Kassenbereichs. Da die aushelfende Kasse nach dieser Vorschrift von ihrem Eintreten der Kasse des Mitgliedes binnen einer Woche Anzeige zu erstatten hat, so wird die Durchführung dieser Vorschrift kaum irgend welche Schwierigkeiten bereiten.

Zu § 3.

Hier wird der schon erwähnte Grundsatz aufgestellt, daß sich die Kassen gegenseitig zu unterstützen haben, wenn Kranke einer besonderen Krankenaufsicht unterworfen werden sollen. Gedacht ist einmal an solche Fälle, die von der Kasse des Mitgliedes deswegen nicht nach § 219 überwiesen werden, weil der Versicherte als freiwilliges Mitglied das halbe Krankengeld statt der Krankenpflege erhält, zum andern aber würde es sich um solche Versicherte handeln, die vorübergehend außerhalb des Kassenbereichs in einem Betriebe beschäftigt sind, deren Beschäftigungsort nach § 154 RVO. der Sitz des Betriebes ist. Wenn es sich hierbei um größere Unternehmungen handelt (z. B. Tiefbauten), so wird die Kasse häufig nicht den einzelnen Fall an die andere Kasse überweisen, sondern mit einem Arzt an dem Orte Vereinbarungen treffen. Sie wird aber gern die Hilfe der Kasse am Orte für die Krankenaufsicht in Anspruch nehmen. Diese Fälle sollen durch diese Bestimmung geregelt werden. Für derartige besondere Ersuchen muß aber auch eine besondere Entschädigung gewährt werden, die im § 4 Abs. 5 festgesetzt ist. Selbstverständlich kann Abweichendes von den einzelnen Kassen vereinbart werden.

Zu § 4.

1. Der § 4 regelt Umfang und Höhe des Ersatzanspruchs abweichend von § 222 RVO. Die Entschädigung erfolgt nach dem Grundsatz, daß nur der tatsächliche Aufwand erstattet wird, so daß im allgemeinen eine Benachteiligung der einen oder der anderen Seite nicht zu befürchten ist. Die Höhe des Ersatzanspruchs soll jedoch ihre Grenze in der Vorschrift des Gesetzes finden. Würde eine solche Grenze nicht gesetzt werden, so hätte das vermutlich zur Folge, daß die Ärzte immer neue Forderungen für die Behandlung solcher Mitglieder stellen. Diese Einschränkung ist also ein Notbehelf. Sie kann erst dann beseitigt werden, wenn die Mitglieder fremder Kassen wie eigene Mitglieder betrachtet werden. Der Arzt darf keinen Gewinn daraus ziehen, daß der Versicherte zufällig einer anderen Kasse angehört. Würde die Grenze nicht gegeben sein, so würden die Ärzte darauf hinweisen, daß die andere Kasse ja den tatsächlichen Aufwand bezahlen muß und daher die Höhe der Arztkosten für die aushelfende Kasse keine Rolle spiele. Im wohlverstandenen Interesse aller Kassen muß von den Krankenkassen bei Vertragsverhandlungen mit Ärzten Gewicht darauf gelegt werden, daß die Behandlung der Mitglieder fremder Kassen nicht nach Einzelleistungen sondern nach dem Pauschsatz, der für die eigenen Mitglieder gilt, zu entschädigen ist. Kassen, die auch die Behandlung ihrer Mitglieder nach Einzelleistungen bezahlen, werden allerdings die Behandlung fremder Mitglieder danach zu entschädigen haben.

2. In einfachen Krankheitsfällen wird die Höchstgrenze ausreichen, um die Kosten von ärztlicher Behandlung und Arznei zu decken. In schwierigen Fällen aber, in denen besondere Leistungen nach § 1 Ziffer 3 gewährt werden, sind die tatsächlichen Aufwendungen auch dann in vollem Umfange zu erstatten, wenn dadurch die Höchstgrenze überschritten wird.

3. Bei der Krankenhauspflege bedarf es wie bei besonderen Leistungen der Krankenpflege der Zustimmung der ersuchenden Kasse. Die Kassen sollten im allgemeinen Interesse darauf Bedacht nehmen, für diejenigen Mitglieder fremder Kassen, denen sie Aushilfe gewähren müssen, die gleichen Krankenbausätze zu erreichen, wie für die eigenen Mitglieder. Daher soll die Behandlung zu möglichst niedrigen Sätzen erfolgen. Es geht nicht an, das Mitglied irgend einer teuren Privatklinik zu überweisen, wenn geeignete öffentliche Krankenhäuser mit niedrigeren Sätzen zur Verfügung stehen. Die aushelfende Kasse soll hier ebenso verfahren, als wenn es sich um ein eigenes Mitglied handelt. Allerdings darf erwartet werden, daß die Krankenhauspflege sachgemäß ist und daß nicht der Kostenersparnis wegen etwas unterbleibt, was zur Heilung des Mitgliedes notwendig ist. Die Kosten der Krankenhauspflege sind zu ersetzen, auch wenn dafür drei Achtel des Grundlohns und das Krankengeld nicht ausreichen.

4. Die Höhe des Ersatzanspruchs für ärztliche Behandlung mußte mit Rücksicht darauf, daß die Entschädigung der Ärzte verschieden geregelt ist, nach den beiden Hauptgruppen unterschieden werden. Dabei werden die Kassen darauf hingewiesen, in ihren Arzteverträgen möglichst eine Gleichstellung der fremden Mitglieder mit den eigenen herbeizuführen.

5. Die Bemessung des Ersatzes für die besondere Krankenaufsicht bezieht sich nur auf die Fälle des § 3, in denen eine Überweisung nach § 219 oder § 220 vorliegt. Hat die Kasse Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen für Krankenpflege, so werden damit im allgemeinen die Kosten der Krankenaufsicht gedeckt, sofern nicht besondere Aufwendungen nachgewiesen werden können. Eine Entschädigung für Verwaltungsaufwand wird im allgemeinen nicht gewährt.

Zu § 5.

Hier wird die häufig streitige Frage beantwortet, von welchem Tage an die Ersatzpflicht beginnt, wenn das Ersuchen um Aushilfe erst längere Zeit nach Beginn der Erkrankung eintrifft. Erst von dem Tage an, an dem das Ersuchen um Aushilfe eingeht, beginnt die Leistungsfähigkeit der aushelfenden Kasse. Die vorher entstandenen Ansprüche des Mitgliedes hat die Kasse selbst zu erledigen.

Zu § 6.

Im § 6 wird der allerdings nicht häufige Fall geregelt, daß die Überweisung irrtümlich ausgestellt worden ist. Die überweisende Kasse würde in einem solchen Falle an sich nach bürgerlichem Recht ersatzpflichtig sein. Um jedoch Zweifel auszuschließen, namentlich über die Höhe des Ersatzanspruchs, erschien es zweckmäßig, diese Streitfälle zu regeln.

Zu § 7.

Die Vereinbarungen gelten nicht ohne weiteres für alle Kassen, die den Verbänden angehören, sondern nur für diejenigen, die durch eine besondere Erklärung, die an den in Betracht kommenden Verband abgegeben wird, ihren Beitritt angezeigt haben.

So wenig wie der Rücktritt einer Kasse das Verhältnis der übrigen Kassen zueinander berührt, so wenig wird die Verpflichtung der einzelnen Kassen durch einen etwaigen Rücktritt eines beteiligten Verbandes beeinflußt. Die Vereinbarung gilt vielmehr für jede Kasse so lange, bis sie kündigt und die Kündigungsfrist abläuft.

Digitized by Google

Muster von Grundsätzen für die Gewährung einer Teuerungszulage an Kassenangestellte.

Auf Grund der übereinstimmenden Beschlüsse der Arbeitgeber und Versicherten im Kassenvorstand und mit Genehmigung des Königl. Oberversicherungsamtes wird den Beamten und Angestellten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig-Land eine Teuerungszulage nach folgenden Grundsätzen gewährt:

§ 1. Zweck der Teuerungszulage ist, die Angestellten im Falle einer nicht nur vorübergehenden oder durch Krieg bedingten Teuerung vor Not und wirtschaftlichen Mißverhältnissen zu bewahren, ihnen die Erfüllung ihrer dienstlichen und außerdienstlichen Verpflichtungen zu erleichtern.

§ 2. Die Teuerungszulage wird sämtlichen Angestellten gewährt, die einen Gehalt von nicht über 3000 ℳ für das Jahr beziehen und länger als 3 Monate bei der Kasse beschäftigt sind. Angestellte, die Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, erhalten keine Teuerungszulage für die Zeit, während welcher sie nicht bei der Kasse beschäftigt sind.

Angestellten, deren Dienstverhältnis zur Kasse aus irgend einem Grunde gelöst ist, wird eine Teuerungszulage auch dann nicht gewährt, wenn ihnen der Gehalt (Lohn) auf Grund der Dienstordnung oder anderer gesetzlicher Bestimmungen fortzuzahlen ist.

Der Gehalt und die Teuerungszulage zusammen dürfen die Grenze von 3000 ℳ für das Jahr nicht übersteigen, gegebenenfalls findet eine entsprechende Kürzung statt.

§ 3. Der Teuerungszulage wird der jeweilig bezogene Jahresgehalt zugrunde gelegt; sie wird für Angestellte

I. mit einem Jahresgehalt bis einschl. 1900 ℳ,
II. „ „ „ von über 1900 bis einschl. 2500 ℳ,
III. „ „ „ von über 2500 bis einschl. 3000 ℳ,

je besonders festgesetzt. In den einzelnen dieser Gruppen sind wieder zu unterscheiden:

1. Verheiratete, die einen eigenen bzw. gemeinsamen Haushalt führen und ihre Familienangehörigen (Kinder unter 15 Jahren) ganz oder vorwiegend unterhalten;
2. Verheiratete, die ohne eigene Haushaltführung den Ehegatten oder Kinder unter 15 Jahren ganz oder vorwiegend unterhalten;
3. Verheiratete, die weder einen eigenen oder gemeinsamen Haushalt führen, noch den Unterhalt ihres Ehegatten oder ihrer Kinder vorwiegend bestreiten;
4. Verwitwete oder Geschiedene mit einem eigenen Hausstand, zu dessen Führung sie einen Familienangehörigen oder nahen Verwandten oder eine andere bezahlte Person bestellt haben;
5. Verwitwete oder Geschiedene ohne eigene Haushaltführung;
6. Ledige.

Ledige, Verwitwete oder Geschiedene können den Verheiraten unter 1 bis 3 nur dann gleichgeachtet werden, wenn sie die dort bezeichneten Voraussetzungen erfüllen.

§ 4. Als Kinder im Sinne dieser Grundsätze gelten alle, die am 1. desjenigen Monats, für den die Zulage gewährt wird, noch nicht 15 Jahre alt waren. Den ehelichen Kindern werden solche Kinder gleich behandelt, die von dem betreffenden Angestellten voll unterhalten werden (Stiefkinder, Adoptivkinder, Pflegekinder und uneheliche Kinder).

§ 5. Dem Kassenvorstand bleibt es vorbehalten

a) bei Gewährung und Bemessung der Teuerungszulage unter Beachtung nachgewiesenen Bedürfnisses auch Kinder über 15 Jahre sowie andere Angehörige, die von den Angestellten zu unterhalten sind, zu berücksichtigen;
b) die Teuerungszulage für verheiratete, für unverheiratete Angestellte und für Hilfsarbeiter, soweit sie keinen Hausstand führen oder Angehörige zu unterstützen haben, besonders festzusetzen oder zu versagen, sowie in besonders gearteten Fällen unter Berücksichtigung der Vermögensverhältnisse des Angestellten entsprechend zu verfahren.

§ 6. Der Kassenvorstand bestimmt mit Einverständnis des Königl. Oberversicherungsamtes die Höhe, den Beginn und das Ende der Gewährung einer Teuerungszulage sowie die Auszahlung derselben unter Berücksichtigung der jeweiligen Verhältnisse.

Demgemäß werden den in § 3 bezeichneten Angestelltengruppen als gegenwärtige Teuerungszulage folgende Sätze gewährt:

In der Gehalts-Gruppe (§ 3 der Grundsätze)	Ziffer	a. für die Angestellten	b. für die Ehefr. od. Wirtschaftsfr.	c. für die Kinder je	d. jedes nicht mehr als ℳ	
I	1	14 %	2 %	2 %	350	
	2	8 %	2 %	2 %	350	
	3	8 %	—	—	100	
	4	14 %	2 %	2 %	350	ohne daß sie jemand zur Führung des Hausstandes angenommen haben, nicht mehr als 150 M.
	5	8 %	—	—	100	
	6	8 %	—	—	100	
II	1	10 %	2 %	1½ %	300	
	2	8 %	2 %	1½ %	300	
	3	8 %	—	—	90	
	4	10 %	2 %	1½ %	300	s. I Ziffer 4
	5	8 %	—	—	90	
	6	8 %	—	—	90	
III	1	6 %	2 %	1 %	250	bei einem Gehalt von 2800 M. und mehr jedoch nicht mehr als 200 M.
	2	4 %	2 %	1 %	250	
	3	4 %	—	—	80	
	4	6 %	2 %	1 %	250	s. III Ziffer 1
	5	4 %	—	—	80	
	6	4 %	—	—	80	

Die Teuerungszulage soll vom . . . . . an gezahlt werden mit der Maßgabe, daß die bis dahin als Teuerungszuschläge gewährten Beträge nach dem . . . . wegfallen, bzw. zur Anrechnung kommen.

§ 7. Auf die bei der Kasse beschäftigten Aushilfsarbeiter, welche nicht unter die Dienstordnung fallen, finden vorstehende Bestimmungen entsprechende Anwendung.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Das nach § 198 Abs. 1 RVO. gekürzte Krankengeld gilt als Regelleistung.

1. **Nach Nrdh.** Antwort: Nach § 198 Abs. 1 RVO. „hat" die Kasse das Krankengeld im Falle der Doppelversicherung zu kürzen. Diese Fassung ergibt, daß die gekürzte Leistung die regelmäßige, die vorgeschriebene, mithin im Sinne des § 179 Abs. 1 u. 2 die „Regelleistung" ist, während die ungekürzte Leistung auf Grund einer Satzungsbestimmung nach § 198 Abs. 2 nur zugelassen ist, also eine „Mehrleistung" im Sinne des § 179 Abs. 3 darstellt. Daher ist auch diese Mehrleistung durch das Ges. v. 4. August 1914 (§ 1, Arb.-Vers. 1914 S. 569) für die Dauer der Kriegszeit beseitigt und die Kürzung des Krankengeldes geboten.

Leistungspflicht der Krankenkasse neben Heilanstaltspflege der Berufsgenossenschaft (§ 1510 RVO.).

2. **Nach Biersen.** Antwort: Es handelt sich um einen Fall, in welchem, mehrere Jahre nach dem Unfall, Folgen der Verletzung von neuem hervorgetreten sind. Wenn hier die Berufsgenossenschaft für den Verletzten eingetreten ist und ihn einem Krankenhause überwiesen hat, so hat sie, da die Wartezeit von 13 Wochen nicht etwa von der neuen Erkrankung, sondern vom Unfall ab läuft (§ 558 RVO.), lediglich ihre eigene Pflicht erfüllt und kann Ersatzansprüche an die Kasse nicht erheben; solche Ansprüche kommen nur in Betracht, wenn die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall übernimmt. (§ 1513.) Die Leistungspflicht der Krankenkasse dem Verletzten gegenüber wird aber durch die gleichzeitige Verpflichtung der Berufsgenossenschaft nicht berührt (§ 1501), doch kann die Kasse, da ihre Satzung eine dem § 1511 entsprechende Bestimmung nicht enthält, auf ihre Leistungen die Unfallentschädigung anrechnen (§ 1510). Dabei kommt als Leistung der Krankenkasse, da sie Krankenhauspflege zu gewähren nicht verpflichtet ist, das Krankengeld ohne Hausgeld in Betracht, und hierauf ist als Leistung der Berufsgenossenschaft statt des in der Heilanstalt gewährten Unterhalts die Vollrente gemäß § 1506 Abs. 3 anzurechnen (zu vl. Begründung S. 455 zu § 1491 des Entw. — § 1510 des Ges. — und Lehmann Anm. 9d zu § 1510).

Rechtslage eines ausgesteuerten, dauernd arbeitsunfähigen Kassenmitgliedes; Weiterversicherung, Heilverfahren der Versicherungsanstalt.

3. **Nach Ebersbach a. Zils.** Antwort: Die beitragsfreie Fortdauer der Kassenmitgliedschaft Arbeitsunfähiger nach §§ 311, 383 RVO. gilt nur, solange die Kasse Leistungen zu gewähren hat, also nicht für solche Mitglieder, die „ausgesteuert" sind, indem sie die Leistungen bereits für die satzungsmäßige Dauer empfangen haben. Ist ein solches Mitglied dann noch weiter arbeitsunfähig und ist sein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis gelöst, so scheidet es aus der Kasse aus, wenn es sich nicht nach § 313 freiwillig weiterversichert. Die Kasse ist also mit Recht auf die Weiterversicherung eingegangen, hat aber mit Unrecht keine Beiträge erhoben. Dies ist nachzuholen. Die freiwillige Versicherung kann nicht nach § 314 Abs. 1 als erloschen gelten, wenn die Versicherte die Beiträge nur deshalb nicht entrichtet hat, weil die Kasse glaubte, solche nicht erheben zu dürfen. Anspruch auf Kassenleistungen hat die Weiterversicherte nur beim Eintritt einer „neuen" Erkrankung. Über deren Begriff verweisen wir auf Hahn Anm. 2 zu § 182 RVO. Nur falls eine solche neue Erkrankung vorläge, könnte die Versicherungsanstalt für ein von ihr veranlaßtes Heilverfahren Ersatz in Höhe des Krankengeldes verlangen, das die Kranke von der Kasse zu beanspruchen hätte (§ 1518 Abs. 2). Die Kranke hat aber keinen Anspruch auf Krankengeld, wenn sie ohnehin dauernd arbeitsunfähig ist, so daß nicht erst die Krankheit sie arbeitsunfähig macht (Entsch. des RVA. in Arb.-Vers. 1916 S. 472). Daher kann in solchem Fall auch die Versicherungsanstalt von der Kasse keinen Ersatz fordern.

Kosten der Desinfektion von Kleidern.

4. **Nach B.** Frage: Seitens des Krankenhauses werden uns bei Behandlung von Scabies neben den Verpflegungskosten die Kosten für „Desinfektion der Kleider" des Erkrankten mit 1,50 ℳ in Rechnung gestellt. Wir bitten um Auskunft, ob diese Kosten von der Kasse getragen werden müssen. Wir sind der Ansicht, daß sie sich weder als Kosten der ärztlichen Behandlung, noch als Kosten für „kleinere Heilmittel" darstellen und deshalb von uns nicht bezahlt zu werden brauchen (vgl. auch Hahn, Anm. 5a zu § 182 RVO., 8. u. 9. Aufl., S. 256).

Antwort. Die Desinfektion der Kleider bezweckt, das Übergehen der in diesen befindlichen Krätzemilben auf den Körper des Menschen und damit dessen abermalige Erkrankung an Krätze zu verhindern. Sie ist also ein Vorbeugungs-, kein Heilmittel, und darum braucht die Kasse die Kosten nicht zu tragen. Ärztliche Behandlung ist diese Desinfektion gleichfalls nicht.

Füllung der Rücklage aus übernommenem Vermögen geschlossener Kassen.

5. **Nach G.** Antwort: Nach § 364 RVO. sammelt die Kasse eine Rücklage in näher bestimmtem Mindestbetrage an und „benutzt" dazu gewisse Beitragsteile. Das bedeutet, daß die Kasse diese Einnahmen zur Füllung der Rücklage benutzen muß, nicht aber ist damit ausgedrückt, daß sie keinesfalls angehalten werden könne, andere Teile ihres Vermögens der Rücklage zuzuführen. Aus § 392 RVO. ergibt sich, daß unnötige Kapitalansammlungen bei der Kasse vermieden werden sollen; deshalb sind, wenn die Rücklage das Doppelte des gesetzlichen Mindestbetrages erreicht hat, entweder die Beiträge zu ermäßigen oder die Leistungen zu erhöhen. Diese Vorschrift würde umgangen und ihr Zweck vereitelt werden, wenn die Kasse, ehe die Rücklage den Mindestbetrag erreicht hat, Vermögen in beliebiger Höhe,

Digitized by Google

dessen sie zur Bestreitung der laufenden Ausgaben (§ 363) nicht bedarf, getrennt halten dürfte. Deshalb halten wir das Verlangen der Aufsichtsbehörde für berechtigt, daß die Kasse von diesem buchmäßig besonders verrechneten Vermögen soviel der Rücklage zuschreiben soll, als nötig ist, um den gesetzlichen Mindestbetrag zu erreichen. Nur die Begründung dieses Verlangens ist nicht zutreffend. Daß das Vermögen aus den Rücklagen der geschlossenen Kassen herrührt, würde für sich allein nicht bedingen, daß es auch bei der aufnehmenden Kasse zur Rücklage gehören müsse. Die Herkunft des Vermögens ist gleichgültig. Nur darauf kommt es an, daß die Einnahmen der Kasse die Ausgaben übersteigen, daß folglich das Vermögen nicht zur Ausgabendeckung erforderlich, die Rücklage aber noch nicht auf den gebotenen Mindestbetrag gebracht ist.

Näherinnen als ständig oder unständig Beschäftigte?

6. Nach Schweidnitz. Frage: Beim hiesigen Vaterländischen Frauenverein werden Frauen mit Nähen beschäftigt, diese Arbeiten werden zeitweise unterbrochen, und zwar auf Tage, aber auch auf Wochen. Unterliegen diese Frauen nun der Versicherungspflicht oder sind dieselben als unständig beschäftigte Kassenmitglieder aufzunehmen? Ein Ortsstatut, das das Verhältnis der unständig Beschäftigten regelt, besteht nicht, und bisher waren unständig beschäftigte Mitglieder bei der Kasse nicht aufgenommen. Müssen diese Mitglieder auch ohne das Vorhandensein eines Ortsstatuts aufgenommen werden?

Antwort: Vom Bestehen eines Ortsstatuts ist die Versicherung unständig Beschäftigter nicht abhängig. Unständig aber ist nur die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist (§ 441 RVO.). Daß dies der Fall sei, ist aus Ihrer Anfrage nicht zu entnehmen. Wir müssen daher annehmen, daß die Frauen nach den allgemeinen Vorschriften des 2. Buches der RVO., nicht nach §§ 441 ff. zu versichern sind.

Kosten der Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit.

7. Nach Kattowitz. Antwort: Die Krankenkasse muß selbst die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Verlangt sie, daß diese ärztlich bescheinigt werde, so hat sie demnach die Kosten zu tragen. Die Gebühr für eine solche Bescheinigung beträgt in Preußen 2—5 *M.*, für die Kasse ist der niedrigste Satz von 2 Mark zu berechnen.

Anspruch auf Krankengeld während der Behandlung im Militärlazarett.

8. Nach Hermsdorf S. A. Antwort: Der Soldat hat, als freiwilliges Mitglied der Krankenkasse, während seiner Behandlung im Lazarett Anspruch auf Krankengeld, wenn die Lazarettbehandlung zur Heilung notwendig ist; denn in diesem Falle ist es die Krankheit, die ihn arbeitsunfähig macht, wie § 182 Ziff. 2 RVO. voraussetzt. Wenn aber die Behandlung außerhalb eines Krankenhauses dem Heilzwecke genügen würde und nur aus militärischen Gründen im Lazarett erfolgt — wie dies wohl meist zutreffen wird, wenn es sich nur um Zahnersatz handelt —, so ist der Versicherte zwar tatsächlich außerstande, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, aber es ist nicht die Krankheit, sondern die militärische Maßnahme, die ihn arbeitsunfähig macht; in diesem Falle hat er keinen Anspruch auf Krankengeld. Diese Auffassung liegt der im Jahrg. 1916 Heft 33 S. 779 abgedruckten Entscheidung des Reichsversicherungsamts zugrunde, der gegenüber wir die Nachschrift S. 780 für unzutreffend halten. Ihre Frage, ob nicht bloß ein Anspruch auf Hausgeld neben der Lazarettpflege in Betracht komme, beruht auf der Verkennung des Umstandes, daß die Kasse ein Hausgeld nur dann zu zahlen verpflichtet sein kann, wenn sie selbst die Krankenhauspflege gewährt.

Sterbegeld bei versicherungspflichtigem Betriebsunfall.

9. Nach L. Antwort: An sich ist sowohl die Krankenkasse, wie die Berufsgenossenschaft zur Zahlung des Sterbegeldes verpflichtet (§§ 586 Ziffer 1, 1501 Abs. 1 RVO.) Doch kann die Kasse für das von ihr Gezahlte Ersatz aus dem Sterbegeld beanspruchen, das von der Berufsgenossenschaft zu gewähren ist. Hat diese es bereits gewährt, so kann die Kasse den Betrag anrechnen. (§ 1510 RVO.)

Biß eines tollwutverdächtigen Hundes als Krankheit.

10. Nach Glogau. Antwort: Der Biß eines auch nur tollwutverdächtigen Hundes ist bereits als Krankheit aufzufassen (vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1a zu § 182 S. 249). Daher hat auch die Wutschutzbehandlung als ärztliche Behandlung zu gelten, für deren Kosten die Krankenkasse aufkommen muß. Hier wird auch stets ein dringender Fall vorliegen, sodaß die Kasse die Bezahlung nicht deswegen ablehnen kann, weil nicht ein Kassenarzt in Anspruch genommen worden ist. Dieser ist in der Regel auch nicht in der Lage, die erforderliche Behandlung zu gewähren, da ihm die notwendigen Vorrichtungen nicht zur Verfügung stehen werden. Darum muß die Kasse stets auch die Kosten der ärztlichen Behandlung übernehmen, die in einer Tollwut-Schutzabteilung gewährt wird. Außerdem muß sie Krankengeld zahlen, da die ärztliche Behandlung bei einer solchen Krankheit stets Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Hierbei kommt nicht in Betracht, daß der Schutz dritter Personen die Absonderung des Kranken notwendig macht. Der Armenverband kann aber Ersatz nur nach Maßgabe der §§ 1531 ff. 1503. 1506 RVO., also regelmäßig nur in Höhe von $^7/_8$ des Grundlohnes verlangen. Anspruch auf Erstattung der darüber hinausgehenden vollen Kosten hat er also nicht. Soweit ihm die Kasse Ersatz leistet, hat sie ihrerseits von dem Besitzer des Hundes gemäß § 1542 RVO. Ersatz zu beanspruchen, sofern er dem Verletzten haftet. Hierfür kommt § 833 BGB. in der Fassung des Ges. v. 30. Mai 1908 (Arb.-Vers. 1908 S. 399) in Betracht. Danach wäre der Tierhalter unbeschränkt ersatzpflichtig, wenn es sich um einen Luxushund handelt. Seine Ersatzpflicht tritt aber nicht ein, wenn der Hund seinem Berufe, seiner Erwerbstätigkeit oder seinem Unterhalte zu dienen bestimmt war und entweder der Tierhalter bei der Beaufsichtigung des Tieres die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet oder der Schade auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde. Es ist somit festzustellen, zu welchem Zwecke der Hund gehalten wurde, ferner gegebenenfalls, ob er genügend beaufsichtigt wurde, und ob der Tierhalter von dem Tollwutverdacht Kenntnis hatte oder bei genügender Sorgfalt hätte haben können und ob er die erforderlichen Schutzmaßnahmen getroffen hatte.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1896 von J. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1161 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. Januar 1917 | Heft 3

Einiges über die Rechte der Krankenkassenbeamten

Von Regierungsrat v. Geldern in Berlin-Wilmersdorf.

Den Krankenkassenbeamten sind in Preußen bekanntlich durch die Landesregierung die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten gemäß § 359 Abs. 4 RVO. übertragen. Mit der näheren Feststellung dieser Rechte und Pflichten sind, unter Angabe einiger Richtlinien, die Oberversicherungsämter beauftragt worden. (Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft vom 18. Februar 1914, HMBl. S. 79.) Besondere Festsetzungen für die einzelne Krankenkasse oder wenigstens die gleichartigen Krankenkassen in den Bezirken der OVA. müssen hier Platz greifen, da die wesentlichsten Rechte der Beamten, nämlich diejenigen auf Dienstbezüge, nur nach Lage der besonderen Verhältnisse bestimmt werden können. Letztere, insbesondere Umfang der Kassengeschäfte und Leistungsfähigkeit der Kassen, sind ja verschieden und stimmen, was weiter in Betracht kommt, mit den entsprechenden Verhältnissen in der Gemeinde keineswegs überein. In anderen Punkten ist einheitliche Regelung möglich, z. B., worauf in dem Ministerialerlaß hingewiesen ist, bei den Pflichten zur Leistung des Staatsdienereides, zur Übernahme von Vertretungen, zur Einholung einer Genehmigung bei Ausübung von Nebenämtern, auch hinsichtlich der Rechte auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge, sofern die für unmittelbare Staatsbeamte geltenden Bestimmungen zugrunde gelegt werden. Einheitlich hätte auch, was nicht geschehen ist, schon durch den Ministerialerlaß bestimmt werden können, daß den Krankenkassenbeamten das Recht auf Fortbezug des Diensteinkommens gemäß § 66 des Reichsmilitärgesetzes vom $\frac{\text{2. Mai 1874}}{\text{6. Mai 1880}}$ (Reichsgesetzbl. 1880 S. 103) und das Steuerprivileg nach dem Gesetze vom 16. Juni 1909 (G.S. S. 489) zustehen soll. Die Oberversicherungsämter haben, soweit sich übersehen läßt, in ihren Ausführungsvorschriften zum Ministerialerlaß, den Regulativen, diese Rechte gleichfalls nicht festgelegt, so daß über sie Streit besteht, namentlich anläßlich der Heranziehung vieler Krankenkassenbeamten zum Kriegsdienst.

Den Streit zu beseitigen und in die Regulative klare Bestimmungen über diese Rechte aufzunehmen, wären die Oberversicherungsämter, denen die Ausführung des Ministerialerlasses ohne Einschränkung übertragen ist, wohl befugt. Dem steht jedenfalls der Umstand nicht entgegen, daß über die Rechte nach § 66 Reichs-Militärgesetzes in letzter Instanz die ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben. Denn der ordentliche Rechtsweg kann bei streitigen Gehaltsansprüchen der Krankenkassenbeamten auch sonst beschritten werden. Die Gerichte werden andererseits kaum in der Lage sein, einem Krankenkassenbeamten Rechte auf

Digitized by Google

Gehalt usw. abzusprechen, die ihm durch die nach Gesetz oder kraft behördlicher Übertragung zuständigen Behörden zuerkannt sind. Über das Recht der Steuerbevorzugung würde von den Verwaltungsgerichten, letztinstanzlich also vom Oberverwaltungsgericht zu entscheiden sein. Auch für diese Gerichte werden die Entschließungen und Vorschriften jener Behörden nicht unbeachtlich sein dürfen. Im Widerspruch mit ihnen würden die Verwaltungsgerichte, ebenso wie die ordentlichen Gerichte, nur auf Grund der Feststellung entscheiden können, daß jenes Recht auf Gehaltszahlung oder Steuerbevorzugung kein nach § 359 Abs. 4 RVO. übertragbares Recht der gemeindlichen Beamten sei. Ist diese Frage nicht zweifelhaft, was noch untersucht werden soll, so wäre eine Ergänzung oder authentische Interpretation des Ministerialerlasses und die Aufnahme entsprechender Bestimmungen in die Regulative der Oberversicherungsämter sehr wünschenswert. Es würde dadurch verhindert, daß von den verschiedenen Gerichten und Versicherungsbehörden voneinander abweichende oder sich widersprechende Entscheidungen gefällt werden und die Krankenkassenbeamten über die ihnen zustehenden Rechte vorerst im unklaren bleiben.

Enthält nun das Regulativ keine Bestimmungen oder weigert sich eine Krankenkasse, das Recht eines ihrer Beamten nach § 66 Reichs-Militärgesetzes anzuerkennen, so braucht diesem der Genuß des vollen Gehalts während der Einberufung zum Militärdienst bis zum Austrag eines unter Umständen lange dauernden Zivilprozesses nicht vorenthalten zu bleiben. Das Gehalt muß seitens der Krankenkasse ausgezahlt werden, wenn und soweit ein Recht darauf besteht, worüber nicht allein die das Gehalt zahlende Stelle, also hier der Kassenvorstand, sondern nötigenfalls, sei es auf Beschwerde hin oder von Amts wegen, die Aufsichtsbehörde zu entscheiden hat (also in erster Instanz das Versicherungsamt, § 377 RVO.). Die Aufsichtsbehörden haben darüber zu wachen, daß das Gesetz beobachtet wird. (§ 30 RVO.) Das Recht der Krankenkassenbeamten auf volles Gehalt bei Einberufung zum Militärdienst beruht aber auf gesetzlichen oder diesen gleichstehenden Bestimmungen, nämlich § 359 Abs. 4 RVO. und Anordnung der die Landesregierung vertretenden Behörde (Ministerialerlaß) in Verbindung mit § 66 Reichs-Militärgesetzes. Daß die Beamten bei Geltendmachung von Gehaltsansprüchen nicht von vornherein auf die Anrufung der ordentlichen Gerichte angewiesen sind, sondern daß zunächst die Verwaltungsbehörden bis zur höheren Instanz für sie einzutreten haben, ist übrigens ein Grundsatz des Preußischen und Deutschen Verwaltungsrechts. Er ist zu entnehmen für die Staatsbeamten in Preußen aus § 2 des Gesetzes betr. die Erweiterung des Rechtsweges vom 24. Mai 1861 und § 23 des Pensionsgesetzes vom 27. März 1872 in der Fassung des Gesetzes vom 30. April 1884, für die Gemeindebeamten aus § 7 des Kommunalbeamtengesetzes vom 30. Juli 1899, die Reichsbeamten aus § 150 des Reichsbeamtengesetzes vom 18. Mai 1907, die Angestellten der Krankenkassen aus § 358 RVO. Die Beamten der Krankenkassen können nicht ungünstiger gestellt sein, wenn eine besondere Bestimmung dieser Art für sie auch nicht besteht.

Wird ein Krankenkassenbeamter unter Versagung der Rechte nach dem Gesetz vom 16. Juni 1909 zur Gemeindesteuer herangezogen, so hat er allerdings die angeforderte Steuer zunächst zu entrichten, wie dies für alle Steuerzahler Rechtens ist. Er muß seine Rechte dann durch Einlegung der zulässigen Rechtsmittel wahren.

Wir kommen nunmehr zur Erörterung der Frage, ob die beiden in Rede stehenden Rechte der Krankenkassenbeamten materiell begründet sind. Nach § 359 Abs. 4 RVO. kann die Landesregierung ihnen „die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten" übertragen. Da im Ministerialerlaß diese Worte des Gesetzes wiederholt werden, kann unerörtert bleiben, ob eine teilweise Übertragung dieser Rechte und Pflichten nach dem Willen des Gesetzgebers zulässig wäre. Aus der Fassung des Erlasses folgt aber andererseits, daß die gesamten Rechte der gemeindlichen Beamten übertragen sind. Denn sonst hätte eine Einschränkung

Digitized by Google

gemacht werden müssen. Das Recht aus § 66 Reichs-Militärgesetzes steht jedem gemeindlichen Beamten in Preußen zu; mithin muß es jetzt auch dem Krankenkassenbeamten zustehen. Das Gleiche gilt für das Steuerprivileg. Allerdings handelt es sich hier um ein Recht, welches der Beamte nicht gegenüber der Behörde hat, in deren Dienst er steht und von der er seine Bezüge erhält. Es ist mehr eine Vergünstigung des ganzen Beamtenstandes und geht auf Kosten der Wohnsitzgemeinde, also in gewissem Sinne der Allgemeinheit. Ob nach dem Willen des Gesetzgebers auch solche Rechte unter § 359 Abs. 4 RVO. fallen sollten, und nicht vielmehr nur die unmittelbar zwischen Behörde und Angestelltem zur Entstehung gelangenden Rechte und Pflichten, kann immerhin zweifelhaft sein. Ich möchte aber diese Frage nach dem Recht der Krankenkassenbeamten zu ihren Gunsten entscheiden im Hinblick auf ihre Pflichten. Der Krankenkassenbeamte wird durch seine Anstellung nicht nur in einen, durch die Kassengeschäfte umgrenzten, Pflichtenkreis zur anstellenden Kassenvertretung gestellt, sondern seine Pflichten sind die des öffentlichen Beamten schlechthin. Es braucht in dieser Beziehung nur auf die Vorschriften des Disziplinargesetzes für die Krankenkassenbeamten vom 11. Mai 1916 (Ges.S. S. 96) in Verbindung mit § 2 des Disziplinargesetzes vom 21. Juli 1852 verwiesen zu werden.

Zu einer anderweiten Stellungnahme kann auch nicht die Wahrnehmung führen, daß die RVO. in den §§ 351 u. 1348, nach dem Vorbilde des § 98 des Invalidenversicherungsgesetzes, zwischen Angestellten oder Beamten unterscheidet, die nach Landesrecht gemeindliche Beamte sind oder — nur — deren Rechte und Pflichten (übertragen erhalten) haben. Wer gemeindlicher Beamter ist (oder als solcher „anzusehen ist", § 98 a. a. O.), hat allerdings noch andere, für Kommunalbeamte bestehende Rechte, als derjenige, welchem die Rechte der Kommunalbeamten übertragen sind; aber dies können keine materiellen, sondern nur die auf formellen und Zuständigkeitsvorschriften beruhenden Rechte sein. Wer Gemeindebeamter ist, steht im Dienst einer Gemeinde und damit in engster Beziehung zu den Organen der Gemeinde. Daraus ergiebt sich für ihn ohne Weiteres der für gemeindliche Beamte gesetzlich bestehende Instanzenzug. Derartige formellrechtliche, für die Krankenkassenbeamten nicht geltende Vorschriften sind z. B. § 7 des Kommunalbeamtengesetzes, §§ 18 ff. des Disziplinargesetzes vom 21. Juli 1852, §§ 20, 36 des Zuständigkeitsgesetzes.

Diesem hier vertretenen Grundsatze widerspricht es nicht, daß durch § 27 Abs. 2 des Pensionsgesetzes vom 27. März 1872 in der Fassung des Gesetzes vom 27. Mai 1907 (Ges.-S. S. 95) auch ein materielles Recht, nämlich das Ruhen des Pensionsanspruchs, ein privilegium odiosum, zwar den Gemeindebeamten selbst, aber nicht allen mit den Rechten gemeindlicher Beamten ausgestatteten Personen, wie den Beamten der Krankenkassen, zuerkannt ist. Vgl. Ministerialerlaß vom 16. August 1913 (Min.-Bl. f. Handel S. 551). Denn in dieser Gesetzesvorschrift ist die Anstellung oder Beschäftigung im Dienste eines Kommunalverbandes ausdrücklich gefordert, und die betreffenden Kategorien der Beamten, darunter die Beamten der Landesversicherungsanstalten, sind besonders aufgeführt.

Welches Verfahren bei vermögensrechtlichen Streitigkeiten zwischen Krankenkassenbeamten und Krankenkassen Platz zu greifen hat, folgt aus den Bestimmungen der RVO., nach denen Beamte ebenso wie Angestellte den die Kasse vertretenden Organen und ihren ordnungsmäßig zustandegekommenen Beschlüssen unterworfen sind und sich beschwerdeführend lediglich an die Aufsichtsbehörden wenden können, wovon schon die Rede war. Für Disziplinarangelegenheiten ist das schon erwähnte Gesetz vom 11. Mai 1916 ergangen, auf welches der Ministerialerlaß (Ziffer 10) hinweist und das gleichzeitig materielles Disziplinarrecht enthält, die Festsetzung der Pflichten der Krankenkassenbeamten durch Erlaß und Regulativ insoweit also erübrigt hat. Die materiellen Rechte der gemeindlichen Beamten sind den Krankenkassenbeamten im übrigen durch den Ministerialerlaß und zwar ohne Einschränkung übertragen und stehen ihnen so-

Digitized by Google

mit ungeschmälert zu. Hinsichtlich des Steuerprivilegs nach § 41 des Kommunalabgabengesetzes und der Verordnung vom 23. September 1867 ist dies für die Beamten der Landesversicherungsanstalten, denen die Rechte der Kommunalbeamten übertragen sind, vom Oberverwaltungsgericht in einer Entscheidung vom 24. Juni 1902 (abgedruckt Arbeiter-Versorgung 1902 S. 595) bereits festgestellt worden.

Die Krankenunterstützungskassen für selbständige Handwerker

Von Arbeitersekretär Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Durch die Presse ging kürzlich (vgl. Soziale Praxis vom 5. Oktober 1916) die Mitteilung des Reichstagsabgeordneten Becker-Arnsberg, daß die Einbeziehung der selbständigen Handwerker in die Krankenversicherung zu den nächsten notwendigen und aussichtsreichsten Abänderungen der Reichsversicherungsordnung gehöre. Auch der Deutsche Handwerks- und Gewerbekammertag teilt auf Anfrage mit, daß ihm zwar eine amtliche Mitteilung darüber, daß die selbständigen Handwerker dem Krankenversicherungszwange unterworfen werden sollen, bisher noch nicht gemacht worden sei, doch sei die Frage in letzter Zeit mehrfach besprochen worden.

Die einschlägigen Bestrebungen sind nicht neu. Es sei daran erinnert, daß die Forderung auf Einbeziehung der selbständigen Handwerker in die soziale Versicherung schon von mehreren Deutschen Handwerkertagen (1902, 1903) aufgestellt und der Gesetzgebung überreicht worden ist. Der Reichstag hat sich fast immer, wenn es sich um eine Änderung der Versicherungsgesetze handelte, auch mit der hier berührten Frage beschäftigt. Noch bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung wurde beantragt, dem § 177 des Entwurfs (jetzt § 165 des Gesetzes) die Ergänzung zu geben, daß auch die selbständigen Handwerker für den Fall der Krankheit versichert sind. Zur Begründung wurde ausgeführt, daß im Reichstag wiederholt Maßnahmen zur Besserung der wirtschaftlichen Lage des Handwerks in Aussicht gestellt worden seien. Hier könne man praktische Arbeit leisten. Der kleine selbständige Gewerbetreibende sei häufig viel ungünstiger gestellt als der Arbeiter. Den Anträgen wurde hauptsächlich mit der Begründung widersprochen, daß neuerdings die Organisationen des Handwerks diese Versicherung selbst nicht wünschen. Vom Staatssekretär des Innern wurde darauf hingewiesen, daß das Handwerk von alters her sich meist in Organisationen zusammengeschlossen habe, welche die Handwerksmeister bei Erkrankungen unterstützen. Die Anträge wurden daraufhin abgelehnt.

Bei der gegenwärtigen Sachlage dürfte es interessieren, einmal zu untersuchen, in welcher Weise die Handwerker selbst für den Fall der Krankheit vorgesorgt haben. Allerdings können diese Feststellungen mangels genauer statistischer Unterlagen nur unvollkommen sein. So fehlen z. B. Angaben, wieviel selbständige Handwerker von dem Rechte der freiwilligen Selbst- und Weiterversicherung bei den staatlich organisierten Krankenkassen (Orts- und Innungskrankenkassen) Gebrauch gemacht haben. Soviel aber hier einzelne „Stichproben" ergeben haben, ist die Zahl dieser Versicherten äußerst gering. Nach den Mitteilungen im Reichsarbeitsblatt über die Mitgliederbewegung der Krankenkassen waren am 1. Dezember 1916 bei sämtlichen Zwangskrankenkassen 9,2 vom Hundert der männlichen Mitglieder freiwillig versichert. Bei den berichterstattenden Innungskrankenkassen waren 10 849 freiwillige männliche Mitglieder vor-

Digitized by Google

handen, das waren nur 8,4 vom Hundert der männlichen Mitglieder dieser Kassen. Können auch gegen diese Ziffern manche Bedenken vorgebracht werden (namentlich weil zu den freiwillig Versicherten die erwerbsunfähig Kranken hinzugerechnet sind), so ist jedenfalls das eine feststehend, daß bei den Innungskrankenkassen die Zahl der männlichen freiwilligen Mitglieder geringer ist als bei den übrigen Zwangskassen. Auch wieviel Innungen außer den formgerechten Innungskrankenkassen noch private Unterstützungskassen haben, läßt sich genau nicht feststellen. Doch kann auch ihre Zahl, wie die allgemeinen Angaben des Kaiserlichen Aufsichtsamtes für Privatversicherung ergeben, nur gering sein.

Dagegen habe ich versucht, einiges Material über die „Krankenunterstützungskassen für selbständige Handwerker" zusammenzutragen. Das sind private Unterstützungskassen, die in der Regel auf Anregungen der Handwerkskammern für die selbständigen Handwerker ihrer Bezirke gegründet worden sind. Teilweise sind diese Kassen aus Hilfskassen für einzelne Innungen hervorgegangen und schon sehr alt.

Von den 73 Handwerkskammern des Deutschen Reichs besitzen 26 derartige Krankenunterstützungskassen für selbständige Handwerker und zwar diejenigen in Arnsberg, Arnstadt, Berlin, Bielefeld, Braunschweig, Bremen, Coblenz, Cöln, Dessau, Detmold, Dortmund, Frankfurt a. O., Gera, Halle a. S., Hamburg, Hannover, Hildesheim, Karlsruhe, Königsberg, Liegnitz, Magdeburg, Meiningen, Osnabrück, Saarbrücken, Stettin, Zittau. Über die Gesamtmitgliederzahlen sind genaue Ziffern nicht zu erlangen. Man wird sie aber auf etwa 20 000 bis 30 000 schätzen können.

Zu den größten dieser Krankenunterstützungskassen gehört die gemeinsam für die Handwerkskammerbezirke Berlin und Frankfurt a. O. in Berlin bestehende. Sie hatte im Jahre 1915 noch rund 4300 zahlende Mitglieder. Ihre Einnahme an Beiträgen belief sich auf 216 705 ℳ, das Vermögen Ende des Jahres 1915 auf 177 956 ℳ. Die Unterstützungskasse für den Handwerkskammerbezirk Karlsruhe hat sich neuerdings zu einer „Krankenkasse des Landesverbandes badischer Gewerbe- und Handwerkervereinigungen" mit dem Sitze in Rastatt umgewandelt bzw. verschmolzen. Im allgemeinen muß gesagt werden, daß die Mitgliederzahlen im Verhältnis zu der Zahl der beitrittsberechtigten Handwerker sehr gering ist. Im Bezirk der Handwerkskammer Stettin sind rund 30 000 selbständige Handwerker vorhanden. Der Krankenunterstützungskasse gehörten jedoch Ende des Jahres 1915 nur 1743 Mitglieder an, von denen sich 826 im Felde befanden. Der Handwerkskammerkrankenkasse in Magdeburg gehörten im letzterwähnten Jahr 1932 Mitglieder an; im Verhältnis zu der großen Zahl der aufnahmefähigen Handwerker recht wenig. Die Unterstützungskasse in Meiningen besaß 730 Mitglieder, von denen 206 zur Fahne einberufen waren, die in Halle a. S. 769, von denen 130 im Felde standen usw.

Die Satzungen der Kassen sind größtenteils nach einem einheitlichen Schema gestaltet. Ihre rechtliche Grundlage haben sie in den §§ 4, 53 des Reichsgesetzes über die privaten Versicherungsunternehmen vom 12. Mai 1901, sind also „kleine Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit". Der Beitritt zur Kasse ist in der Regel von einem bestimmten Lebensalter abhängig. Meist dürfen die Aufnahmesuchenden nicht über 45 oder 50 Jahre alt sein. In „Zweifelsfällen" kann die Kasse von dem Beitretenden ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand verlangen und die Aufnahme ablehnen. Vielfach wird ein hohes Eintrittsgeld erhoben. Die Beiträge sind sehr verschieden. In Berlin betragen sie in den einzelnen Klassen, deren Wahl den Mitgliedern freisteht, 50, 75, 100 und 125 ₰ für die Woche, in Baden 1,80, 2,65 und 3,55 ℳ für den Monat. Für diese Beiträge wird in

Digitized by Google

der Regel nur Krankengeld gewährt, und zwar bei gänzlicher Arbeitsunfähigkeit das volle, bei teilweiser das halbe. In Berlin wird als Regel ebenfalls nur Krankengeld gezahlt. Mitglieder, welche ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, jedoch nicht erwerbsunfähig sind, erhalten bei der Berliner Kasse vom 4. Tage nach der Krankmeldung bis zum Ablauf der 13. Woche nur ihre Auslagen für ärztliche Behandlung und Arznei nach Einreichung der quittierten Rechnungen im Betrag bis zu einem Drittel des Krankengeldes. In Stettin werden „Kurkosten" nach einem bestimmten Teile des Krankengeldes in den einzelnen Klassen gewährt, die aber offenbar zur Bestreitung der wirklichen Aufwendungen nicht reichen. Die Höhe des Krankengeldes schwankt bei den einzelnen Kassen zwischen 2 bis 5 ℳ für den Tag. Weitere Leistungen sind in der Regel nicht anzutreffen. Einige Kassen kennen noch Sterbegelder, doch sind für solche Ansprüche besondere Beiträge zu entrichten. In der Kassenverwaltung haben die Handwerkskammern weitgehende Befugnisse. Sie dienen oft als Schiedsgericht für die Entscheidung von Streitigkeiten und haben weitgehende Aufsichtsrechte, wie z. B. das Recht, die Kasse zu prüfen, an den Sitzungen teilzunehmen usw.

Ein heikler Punkt ist bei allen Kassen die Beitragseinziehung. Nach den Satzungen sind die Beiträge in der Regel monatlich selbst durch Postanweisung oder sonstwie einzuzahlen. Kein Wunder, daß hier zuweilen hohe Rückstände entstehen, die dann nicht mehr gedeckt werden können. So erläßt z. B. die Handwerkskammerkasse in Halle von Zeit zu Zeit die Bekanntmachung, daß zu ihrem Bedauern immer wieder bemerkt werden müsse, daß manche Mitglieder mit der Zahlung ihrer Beiträge bedeutend im Rückstand bleiben. Besonderen Eifer in der Anmeldung der Mitgliedschaft wie in der Beitragsentrichtung entwickeln meist nur jene Handwerker, die Grund zu haben glauben, die Leistungen der Kasse bald einmal in Anspruch nehmen zu müssen. Hieraus ergeben sich auch die verhältnismäßig hohen Beiträge der Kassen.

Die Feststellungen zeigen, daß auf dem Wege der Selbsthilfe bislang nur recht unzulängliches Stückwerk geleistet worden ist. Da durch den Krieg die wirtschaftliche Lage der selbständigen Handwerker noch ungünstiger als vordem geworden, die materielle Hilfe für diesen Erwerbsstand also sehr dringend ist, erscheint ein Eingriff der Gesetzgebung unerläßlich. Bedenken mehr politischer Art hiergegen müssen zurücktreten.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Zur Bundesratsbekanntmachung vom 2. November 1916 über Krankenversicherung von Ausländern während des Krieges.

Entschließung des **bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 22. November 1916 (Nr. 118 b 47).

1. Die RVO. gilt nur für freie Arbeiter. Das Reichsversicherungsamt hat deshalb in wiederholten Bescheiden und Erkenntnissen (Amtl. Nachr. 1915 S. 460; 1916 S. 433, 443, 489, 599) die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung solcher feindlicher Ausländer verneint, die nach den Erlassen der zuständigen Behörden an der Rückkehr in die Heimat gehindert und in der Wahl des Aufenthalts und der Arbeitsstelle beschränkt sind. Damit fielen solche Arbeiter bei Erkrankung der Obsorge des Arbeitgebers oder Armenverbands anheim, ohne daß dieser Pflicht bei der Versicherung eine entsprechende Gegenleistung gegenüberstände.

Digitized by Google

Diese Folge hintanzuhalten ist der Zweck der Bundesrats-Bek. vom 2. November 1916 (RGBl. S. 1247).

Danach sind die Angehörigen feindlicher Staaten, die sich seit Beginn des Krieges in Deutschland befinden und als solche durch Anordnungen deutscher Behörden in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt sind, unter den sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen krankenversicherungspflichtig und -berechtigt. Sie nehmen ferner Anteil an den Mehrleistungen einer Krankenkasse, die vom Versicherungsamt nach dem Reichsgesetz vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) zugelassen sind, und unterliegen der hausgewerblichen Krankenversicherung, wenn eine solche nach § 2 der Bundesrats-Bek. vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) mit Genehmigung des Oberversicherungsamts eingeführt ist. Anspruch auf Wochenhilfe nach § 8 der Bundesrats-Bek. vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) steht den versicherten Ausländerinnen nicht zu.

Die Bek. ist am 20. November 1916 in Kraft getreten. Die Arbeitgeber, die Ausländer der erwähnten Art beschäftigen, haben deshalb, soweit noch nicht geschehen, die Anmeldung ihrer Arbeiter nach § 317 RVO. ungesäumt vorzunehmen

Von Beschränkungen für die am Tage des Inkrafttretens schwebenden Versicherungsfälle sieht die Bek. ab. Die Krankenkasse hat deshalb bei Pflichtversicherten für Erkrankungen einzutreten, die beim Eintritt in die Mitgliedschaft — am 20. November 1916 — bereits bestehen. Dies gilt auch dann, wenn die Erkrankung Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, vorausgesetzt, daß in jenem Zeitpunkt das Beschäftigungsverhältnis noch fortbesteht. Für Versicherungsberechtigte begründet eine solche Krankheit nach § 310 Abs. 2 RVO. keinen Anspruch auf Kassenleistung.

2. Bezüglich der Angehörigen feindlicher Staaten, die während des Krieges im feindlichen Ausland angeworben wurden und freiwillig und mit Genehmigung der zuständigen Behörden nach Deutschland gekommen sind, um hier zu arbeiten, hat das RVA. bereits festgestellt (Amtl. Nachr. 1916 S. 497), daß sie unter den sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen krankenversicherungspflichtig und -berechtigt sind.

3. Die Invaliden- und Unfallversicherung ist auf die unter Ziff. 1 genannten Ausländer nicht ausgedehnt worden. Ihr unterliegen vorbehaltlich der Bestimmung des § 1233 RVO. nach der Rechtsprechung des RVA. nur die in Ziff. 2 erwähnten Ausländer.

Zu vgl. Arb.Vers. 1916 Heft 34 S. 793.

Zur Bundesratsverordnung vom 16. November 1916 über Erhaltung von Anwartschaften der Kriegsteilnehmer aus der Krankenversicherung.

Entschließung des **bayer. Staatsministeriums des Innern** vom 23. November 1916 (Nr. 118 b 49).

Die Bundesrats-Bek. vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) bringt einige wichtige Neuerungen für die Krankenversicherung der Kriegsteilnehmer.

1. Nach § 3 des Reichsgesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) und § 1 der Bundesrats-Bek. vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) können Kriegsteilnehmer, die vor der Einberufung zum Heeresdienst einer Krankenkasse als Pflichtmitglieder oder als freiwillige Versicherte angehört, aber von dem Recht der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung nach § 313 RVO. nicht rechtzeitig Gebrauch gemacht oder die freiwillige Mitgliedschaft durch Unterlassung der Fortentrichtung der Beiträge nach § 314 RVO. verloren haben, binnen 6 Wochen nach der Rückkehr in die Heimat freiwillig in die Krankenversicherung eintreten. Eine Rückkehr in die Heimat in diesem Sinne liegt nach der grundsätzlichen Entsch. des RVA. 2105 1915 (Amtl. Nachr. S. 736) dann vor, wenn der Kriegsteilnehmer für längere Zeit zurückkehrt und infolgedessen sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen in der Lage ist. Dabei kann jedoch die Krankenkasse die Beitretenden, soweit sie vordem versicherungspflichtig waren, ärztlich untersuchen lassen und ihnen für eine zur Zeit des freiwilligen Beitritts bereits bestehende Erkrankung die Krankenhilfe versagen.

Diese Beschränkung ist nun nach § 1 der Bek. weggefallen. Es haben also auch die früher versicherungspflichtigen Kriegsteilnehmer im Falle des freiwilligen Beitritts zur Krankenversicherung auch für eine bereits bestehende Erkrankung Anspruch auf die Kassenleistungen.

Der Anspruch steht, da die Vorschrift keine rückwirkende Kraft hat, nur den Kriegsteilnehmern zu, die entweder erst nach dem Inkrafttreten der Bek., d. h. nach dem 17. November 1916 in die Heimat zurückkehren oder nicht länger als 6 Wochen vorher in die Heimat zurückgekehrt sind.

Der freiwillige Beitritt bleibt für die Kriegsteilnehmer außer Betracht, die eine nach § 165 RVO. die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung aufnehmen. Soweit aber hiernach für Kriegsteilnehmer der freiwillige Beitritt in Frage kommt, empfiehlt es sich nunmehr besonders, von dieser Befugnis auch Gebrauch zu machen. Daß die Beiträge für die freiwillige Versicherung mit Zustimmung des Kriegsteilnehmers wirksam auch von Dritten (z. B. dem Arbeitgeber, der Kriegsfürsorge usw.) entrichtet werden können, ist schon in der grundsätzlichen Entsch. des RVA. 1992 (Amtl. Nachr. 1915 S. 432) ausgesprochen.

Digitized by Google

2. Nach §§ 1 und 7 der Bundesrats-Bek. vom 5. Juli 1916 (RGBl. S. 655) können Kriegsteilnehmer, die bis zum Diensteintritt Mitglied einer Ersatzkasse gewesen sind und beim Diensteintritt nach §§ 313, 314 RVO. zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung befugt waren, binnen drei Wochen nach dem Diensteintritt Anspruch auf Fortsetzung ihrer vollberechtigten Mitgliedschaft stellen oder, wenn sie aus der Ersatzkasse bereits ausgeschieden sind, ihr binnen 6 Wochen nach der Rückkehr wieder beitreten. In beiden Fällen kann die Ersatzkasse den Kriegsteilnehmer ärztlich untersuchen lassen und die Krankenhilfe für eine bereits bestehende Erkrankung versagen.

Auch diese Einschränkung ist durch § 1 der Bundesrats-Bek. vom 16. November 1916 aufgehoben worden, so daß die Kriegsteilnehmer bei Fortsetzung ihrer Mitgliedschaft und beim Wiedereintritt gegen die Ersatzkasse Anspruch auf die Kassenleistungen auch für eine solche Erkrankung haben. Mangels rückwirkender Kraft der Vorschrift gilt sie wiederum nur für diejenigen Ersatzkassenmitglieder, die nach dem 17. November 1916 in den Heeresdienst treten oder in die Heimat zurückkehren oder nicht länger als 3 Wochen vorher in den Heeresdienst getreten oder nicht länger als 6 Wochen vorher in die Heimat zurückgekehrt sind.

3. Wenn Kriegsteilnehmer nach der Rückkehr in die Heimat eine Beschäftigung aufnehmen, die nach § 165 RVO. die Versicherungspflicht begründet und demnächst wieder aus dieser Beschäftigung ausscheiden, so haben sie nach § 214 Abs. 1 RVO. Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse für eine Krankheit, die während der Erwerbslosigkeit und binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden eintritt, sowie nach § 313 Abs. 1 RVO. das Recht auf freiwillige Fortsetzung der Versicherung nur dann, wenn sie in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versicherungspflichtig beschäftigt waren. Hiernach können Kriegsteilnehmer, die längeren Heeresdienst geleistet haben, um diese Rechte kommen. Um dem vorzubeugen, bestimmt § 2 Abs. 1 der Bundesrats-Bek. vom 16. November 1916, daß bei Anwendung des § 214 Abs. 1 und des § 313 Abs. 1 RVO. die Zeit militärischer, Sanitäts- und ähnlicher Dienste, die während des gegenwärtigen Krieges dem Reich oder einer ihm verbündeten Macht geleistet worden sind, auf die Zeit vor dem Ausscheiden aus der Versicherung nicht anzurechnen sind. Verlöre also ein Kriegsteilnehmer, der 4 Monate wieder in der Heimat ist und in dieser Zeit 10 Wochen lang versicherungspflichtig gearbeitet hat, seine Stelle, so wäre für die Frage des Anspruchs nach § 214 RVO. zu prüfen, ob er in den 8 Monaten vor dem Dienstantritt während 16 Wochen versichert gewesen ist. Ferner hätte ein Kriegsteilnehmer, der unmittelbar nach der Rückkehr in die Heimat 4 Wochen lang in versicherungspflichtiger Beschäftigung gestanden ist, das Recht auf Weiterversicherung nach § 313 RVO. schon mit dem Nachweis, daß er die 2 Wochen hindurch versichert gewesen ist, die seinem Diensteintritt unmittelbar vorangegangen sind. Da auch dem § 2 rückwirkende Kraft fehlt, so kommt die Vorschrift nur denjenigen Kriegsteilnehmern zugute, die erst nach dem Inkrafttreten der Bek., d. i. dem 17. November 1916, aus der Versicherung ausscheiden oder nicht länger als 3 Wochen vorher ausgeschieden sind.

4. Die Kriegsteilnehmer werden vielfach nicht sofort nach der Rückkehr in die Heimat wieder Arbeit finden. Auch dadurch könnten sie der Ansprüche nach § 214 Abs. 1 und § 313 Abs. 1 RVO. verlustig gehen. Zur Vermeidung einer solchen Schädigung bestimmt § 2 Abs. 2 der Bek. weiter, daß auch die Dauer der Erwerbslosigkeit bis zu 6 Wochen, die in die ersten 6 Wochen nach der Rückkehr in die Heimat fällt, nicht auf die Zeit vor dem Ausscheiden aus der Versicherung anzurechnen sind.

Danach würde also z. B. ein Kriegsteilnehmer Anspruch nach §§ 214, 313 RVO. haben, der unmittelbar vor Eintritt in den Kriegsdienst 2 Wochen lang eine versicherungspflichtige Beschäftigung gehabt hat, nach der Rückkehr zunächst 1 Woche lang arbeitslos gewesen ist, dann 2 Wochen versicherungspflichtig gearbeitet, darauf wieder 2 Wochen gefeiert hat und zuletzt noch einmal 2 Wochen versicherungspflichtige Beschäftigung aufzuweisen hat. Wegen der Rückwirkung gilt das zu Ziff. 3 Gesagte.

Zu vgl. Arb.Vers. 1916 Heft 34 S. 801.

Auch für unentgeltlich beschäftigte Lehrlinge ist ein Grundlohn festzusetzen.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 16. Oktober 1916 (2266 Amtl. Nachr. 1916 S. 738).

Nach §§ 1531, 1533 Nr. 2, §§ 1501, 1503 Abs. 1 RVO. hat eine Krankenkasse einem Armenverbande, der einem Versicherten Krankenpflege gewährt hat, als Ersatz dafür $^3/_8$ des Grundlohns zu zahlen, nach dem sich das Krankengeld des Versicherten bestimmt. Da B. ohne Entgelt als Lehrling beschäftigt war, hatte er nach § 494 Abs. 1 keinen Anspruch auf Krankengeld. Das schließt jedoch den Ersatzanspruch des Armenverbandes nicht aus; sonst würde beispielsweise einem Armenverbande kein Ersatzanspruch zustehen, wenn er einen erkrankten Versicherten unterstützt, der nicht arbeitsunfähig ist und somit keinen Anspruch auf Krankengeld hat. Dieses Ergebnis würde der Absicht des Gesetzes zuwiderlaufen. Es ist demnach zu prüfen, nach welchem Grundlohn sich das Krankengeld des B. bestimmt hätte, falls ihm ein Anspruch darauf zugestanden haben würde. Wie bemerkt, ist in der Satzung der Beklagten ein Grundlohn für unentgeltlich beschäftigte Lehrlinge nicht bestimmt.

Digitized by Google

Eine solche Bestimmung wäre aber notwendig gewesen; denn wenn auch derartigen Lehrlingen kein Krankengeld gewährt wird und der Grundlohn somit als Maßstab für die Berechnung des Krankengeldes nicht in Betracht kommt, so dient doch der Grundlohn beispielsweise für die Bemessung sowohl des Sterbegeldes (§ 201) als auch der Ersatzansprüche der vorliegenden Art. Wenn das Oberversicherungsamt unter diesen Umständen angenommen hat, daß die Beklagte bei Zugrundelegung des Grundlohns der niedersten Lohnstufe ihrer Ersatzpflicht vollauf Genüge geleistet habe, so ist hierin weder ein Rechtsirrtum noch ein sonstiger Revisionsgrund zu erblicken. Mit Unrecht ist der Kläger der Ansicht, daß der Ortslohn als Grundlohn zu gelten habe. Unter Ortslohn versteht die Reichsversicherungsordnung den vom Oberversicherungsamte festgesetzten ortsüblichen Tagesentgelt (§ 149). Dagegen ist der Grundlohn der in der Kassensatzung nach Klassen von Versicherten oder nach Lohnstufen festgesetzte durchschnittliche Tagesentgelt, als welcher auch der wirkliche Arbeitsverdienst bestimmt werden kann (§ 180). Bei dieser Verschiedenheit zwischen Ortslohn und Grundlohn kann jener nur dann als Grundlohn gelten, wenn dies in Gesetz oder Satzung bestimmt ist (zu vgl. z. B. §§ 181, 450 Abs. 1); das ist jedoch vorliegend nicht der Fall. Die Zugrundelegung des Ortslohns würde auch, wie die Vorinstanzen zutreffend dargelegt haben, mit Rücksicht darauf, daß der Ortslohn für Lehrlinge in B. höher ist als der Grundlohn der niedersten Lohnstufe der Beklagten, zu dem unbilligen Ergebnis führen, daß ein ohne Entgelt beschäftigter Lehrling hinsichtlich seiner Ansprüche auf bare Kassenleistungen günstiger gestellt ist als ein gegen Entgelt tätiger Angehöriger jener Lohnstufe. Die Revision konnte somit keinen Erfolg haben. Da, wie dargelegt, der Grundlohn für unentgeltlich beschäftigte Lehrlinge in der Satzung zu bestimmen ist, wird das Oberversicherungsamt eine Ergänzung der Satzung nach § 326 Abs. 1 RVO. anzuordnen haben (zu vgl. § 19 A der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen, Zentralbl. für das Deutsche Reich 1913 S. 224).

Widerruf der Befreiung von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO., wenn nicht mehr alle Dienstboten befreit sind.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Berlin-Wilmersdorf vom 19. Dezember 1916.

. . . . Die Beurteilung des vorliegenden Falles hängt in erster Linie davon ab, ob die J. als Dienstbote anzusehen ist. Nachdem der Beschwerdeführer als Jurist sich dafür ausgesprochen und die Landkrankenkasse ihm zugestimmt hat, hat das Versicherungsamt keine Bedenken gehabt, seiner Ansicht beizutreten. Hiernach steht fest, daß seit dem 30. März 1916 bei dem Beschwerdeführer 2 Dienstboten beschäftigt waren, von denen nur einer von der Versicherungspflicht befreit war. Dieser Zustand widerspricht dem Grundsatz des § 418 RVO., daß sämtliche Angestellte eines Arbeitgebers gleichzeitig von der Versicherungspflicht befreit sein müssen, ein Grundsatz, der darauf beruht, daß der Arbeitgeber nicht in der Lage sein soll, sich diejenigen Personen, für die er selber aufkommt und diejenigen, die er bei der Krankenkasse versichern will, nach seinem Belieben auszusuchen. Die Frage, ob aus diesem Grunde die einmal erteilte Befreiung widerrufen werden kann, wenn der Arbeitgeber für den neuen Arbeiter keinen Befreiungsantrag stellt, ist vom Reichsversicherungsamt bisher grundsätzlich nicht entschieden worden. In der Literatur ist die Frage streitig, Hahn in seinem Handb. d. Kr.Vers. (Anm. 3 Abs. 2 zu § 418 RVO.) bejaht sie, indem er dem Kassenvorstande das Recht des Widerrufs einräumt und ausführt, daß man Gegenteiliges nicht etwa aus dem Wortlaut des § 419 herleiten könne, da dort nur zwei besondere Fälle angeführt sind, aber ohne ausschließende Wirkung. Wenn eine der Voraussetzungen des § 418 wegfalle, so könne die Befreiung nach Sinn und Zweck des § 418 nicht fortbestehen. Anderer Ansicht sind allerdings Hoffmann Anm. 10 zu § 418 und Anm. 4 zu § 419, Stier-Somlo Anm. 2 F. zu § 418, auf die der Beschwerdeführer sich bezieht. Beide stützen sich jedoch lediglich auf den Wortlaut des § 419. Das Versicherungsamt ist dagegen der Ansicht, daß, sobald nicht mehr sämtliche Voraussetzungen der Befreiung des § 418 vorliegen, diese sofort zu widerrufen ist, da andernfalls es in das Belieben des Arbeitgebers gestellt sein würde, diese Bestimmung dadurch zu umgehen, daß er nachträglich eine der Voraussetzungen in Wegfall bringt. Der § 419 enthält demgegenüber nur zwei besondere von dieser Erwägung unabhängige Fälle des Erlöschens der Befreiung. Weiter kommt noch hinzu, daß man der Entscheidung des Vorstandes der Landkrankenkasse eine bindende Kraft wie in einem Urteil nicht zuweisen kann. Im Gegensatz zu der Befreiung von der Invalidenversicherungspflicht, die im förmlichen Beschlußverfahren zu erfolgen hat, wird hier die Befreiung lediglich von dem Vorstand ausgesprochen. Es liegt hier also kein Urteil mit allen Folgewirkungen der Rechtskraft einer Entscheidung vor, sondern nur ein Verwaltungsakt von deklaratorischer Bedeutung. Gestattet schon § 1241 RVO. im förmlichen Beschlußverfahren den jederzeitigen Widerruf einer Befreiung, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, so muß dies um so mehr bei einem reinen Verwaltungsakt zulässig sein. Weiter war zu erwägen, daß es sich bei der Befreiung von der Versicherungspflicht überhaupt um eine Ausnahmebestimmung handelt, die den Grundsatz der RVO., die Arbeiterversicherung auf

Digitized by Google

dem Versicherungszwang aufzubauen, durchbricht und dadurch, daß sie gerade die günstigen Risiken dem Versicherungsträger entzieht, diesen und damit auch die Versicherten zu schädigen geeignet ist. Solche Ausnahmebestimmungen sind aber nach allgemeinen Grundsätzen eng auszulegen, wie es auch schon das Reichsversicherungsamt bezüglich der Befreiung von der Invalidenversicherungspflicht, die bei weitem nicht so schädlich zu wirken geeignet ist, in seiner Entsch. v. 21. September 1907 (Amtl. Nachr. 1907 S. 492) ausgesprochen hat.

Die Nachforderung aber eines Befreiungsantrages, wie der Beschwerdeführer meint, würde nichts ändern, da nach §§ 435—438 Abs. 3, § 175 Abs. 1 die Befreiung erst vom Eingang des Antrages ab wirkt und der gesetzwidrige Zustand, daß *ein* Dienstbote von der Versicherungspflicht befreit ist, der andere nicht, also trotzdem eine Zeit hindurch bestehen würde.

Weiter hat sich der Beschwerdeführer darauf gestützt, daß er bei dem Dienstboten-Krankenversicherungsverein versichert sei, das Gesetz aber eine Doppelversicherung nicht wolle. Diese Ansicht kann ebenfalls nicht als zutreffend erachtet werden, da eine Versicherung der Dienstboten nur bei der zuständigen öffentlich-rechtlichen Kasse möglich ist. Bei dem Dienstboten-Krankenversicherungsverein sind nicht die *Dienstboten* versichert, sondern der Arbeitgeber ist dort rückversichert gegen seine Verpflichtung, die er dem Dienstboten gegenüber auf Gewährung der Krankenunterstützung aus eigenen Mitteln übernommen hat. Auch aus dem Erlaß des preußischen Handelsministers vom 4. Februar 1914 kann nichts weitergehendes gefolgert weren. Abgesehen davon, wie weit überhaupt dem Erlasse des Ministers eines *Einzelstaates* rechtsbildende Bedeutung gegenüber einem Reichs*gesetz* zusteht, so setzt ein „Rechtsanspruch" des Arbeitgebers auf Befreiung doch immer voraus, daß die Grundlagen des § 418 RVO. hierzu vorliegen, d. h. in diesem Fall, daß der Antrag für sämtliche Dienstboten des Arbeitgebers gestellt ist. Gerade dieses Erfordernis war aber bei dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 30. März bis 11. April 1916 nicht gegeben.

B. Zur Unfallversicherung.

Unfall nach Beendigung der Arbeit beim Unterbringen der Arbeitsgeräte.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (8. Rek.Sen). v. 27. April 1916.

Der Kläger ist am 1. Dezember 1913 von der aus dem Hofe in seine Wohnung führenden dreistufigen Treppe ausgerutscht und gefallen, als er sich aus der Wohnung einen Schlüssel zu dem Stalle holen wollte, in dem er seine Arbeitsgeräte verwahren wollte. Mit diesen war er eben von seiner Arbeit als Straßenfeger der Gemeinde Kalkberge heimgekehrt. Die Arbeitsgeräte hat der Kläger sich nicht selber zu halten gehabt. Die gegenteilige Annahme des Oberversicherungsamts steht in Widerstreit mit der Auskunft des Gemeindevorstandes in Kalkberge vom 9. November 1914. Nach ihr sind die Arbeitsgeräte Eigentum der Gemeinde, der Arbeitnehmer hat aber selber für ihre Unterbringung zu sorgen. Dieses hat auch der Kläger in der mündlichen Verhandlung bestätigt; die gegenteilige Angabe in der Berufungs- und Rekursschrift hat er als irrig bezeichnet. Es liegt im Hinblick auf die Auskunft des Gemeindevorstandes kein Anlaß vor, dem keinen Glauben zu schenken, zumal jene beiden Schriftsätze von Vertretern herrühren und ein Mißverständnis bei der Mitteilung der Unterlagen leicht vorgefallen sein kann. Hat doch auch der Kläger von seinem Arbeitsgerät gesprochen, aber nicht anders als der Kutscher von seinen Pferden als den ihm anvertrauten spricht.

Der Beklagten und dem Oberversicherungsamt ist darin beizupflichten, daß für die Regel Unfälle, die sich nach der Beendigung der Arbeit außerhalb der Betriebsstätte ereignen, dem Betriebe nicht mehr zuzurechnen, als Betriebsunfälle nicht anzuerkennen sind. In dem vorliegenden Falle ist aber der Kläger *durch den Betriebsunternehmer verpflichtet worden, die ihm anvertrauten Arbeitsgeräte nach der Beendigung der Arbeiten zu verwahren und unterzubringen.* Diese Verwahrung und Unterbringung hat der Sicherung und der Fortsetzung des Betriebes zum Vorteile der Arbeit gebenden Gemeinde gedient und ist darum auch als eine versicherte Betriebstätigkeit anzusehen, jedenfalls dann, wenn sie sich, wie hier unmittelbar, an die Beendigung der Arbeiten selber anschließt. Das Holen des Schlüssels ist der Anfang der Unterbringung gewesen, und deshalb ist der bei ihm vorgefallene Unfall ein *Betriebsunfall* und von der Beklagten zu entschädigen.

Rechtskraftwirkung der vorläufigen Rentenfestsetzung hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs von Leistenbruch und Unfall.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Juni 1916 (2908 Amtl. Nachr. 1916 S. 716).

Nach § 1585 Abs. 2 Satz 2 RVO. können bei der Feststellung der Dauerrente die Grundlagen der Rentenberechnung nachgeprüft werden. Die Entscheidung des Großen Senats vom 7. November 1914

Digitized by Google

(Amtl. Nachr. 1915 S. 405 Nr. 2790) hat diese Vorschrift dahin ausgelegt, daß unter den Grundlagen der Rentenberechnung nicht nur die ziffermäßigen Unterlagen, wie Jahresarbeitsverdienst und Maß der Einbuße an Erwerbsfähigkeit, sondern alle Grundlagen zu verstehen seien, die für die Bemessung der Rente Bedeutung haben, insbesondere auch die Feststellung, ob und welche Krankheitserscheinungen mit dem Unfall ursächlich zusammenhängen. Ob aber ein Unfall vorliegt, und ob dieser beim Betrieb eingetreten ist, kann auch unter Berücksichtigung der erwähnten Entscheidung bei der Feststellung der Dauerrente nicht mehr nachgeprüft werden; vielmehr wird mit der Zuerkennung einer vorläufigen Rente über die eigentlichen Grundlagen des Rentenanspruchs als solchen, also insbesondere auch darüber endgültig entschieden, ob die Voraussetzungen eines Betriebsunfalls gegeben sind. Dahin gehört die Entscheidung über alle Merkmale, die den Begriff des Betriebsunfalls im gegebenen Falle ausmachen. Folgerichtig muß der Grundsatz, daß eine Nachprüfung hierüber bei Feststellung der Dauerrente ausgeschlossen ist, uneingeschränkt auch dann gelten, wenn die Anerkennung des Betriebsunfalls bei Festsetzung der vorläufigen Rente begrifflich die Anerkennung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Betriebstätigkeit und der Körperschädigung in sich schließt. Bei einem traumatischen Leistenbruche besteht aber der Betriebsunfall darin, daß die Bauchdecke infolge der Betriebstätigkeit zerrissen wird. Die Frage des ursächlichen Zusammenhanges des Leidens mit dem Unfall fällt also hier mit der Frage nach dem Vorliegen eines (Betriebs-) Unfalls zusammen. Sonach ist durch das Urteil des Oberversicherungsamts vom 14. April 1914 rechtskräftig ausgesprochen worden, daß der Kläger sich den Leistenbruch durch einen Betriebsunfall am 2. August 1913 zugezogen hat. Die Beklagte hätte gegen diese Feststellung die Entscheidung des Reichsversicherungsamts anrufen können, denn der Rekurs gegen das Urteil vom 14. April 1914 war nur insoweit unzulässig, als es sich um die Höhe der Rente handelte. Dies ist aber nicht geschehen.

„Wesentliche" Unterstützung und „Bedürftigkeit" im Sinne des § 593 RVO.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** a) vom 2. November 1916 (Ia 1018/16, 7 B); b) vom 30. November 1916 (Ia 1848/16 8 A).

a)

Das Reichsversicherungsamt ist dem Vorderrichter beigetreten. Bei dem geringen Einkommen, daß der Klägerin und ihrem im Laufe des Verfahrens verstorbenen Ehemann in dem Jahre vor dem tötlichen Unfall ihres Sohnes Valentin zur Verfügung stand, unterliegt die Feststellung, daß Bedürftigkeit im Sinne des § 593 RVO. vorlag, keinem Bedenken. Diese Bedürftigkeit wurde auch nicht dadurch behoben, daß den Eheleuten G. etwa ein Unterhaltungsanspruch gegen ihre noch lebenden Kinder zustand. Als unterhaltungspflichtig nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts könnten nach dem Ergebnis der Ermittlungen nur die Söhne Franz und Stanislaus in Betracht kommen. Franz G. ist Arbeiter in Berlin und verdient im Jahre 1650 bis 1700 ℳ. Da er hiervon zunächst seinen eigenen und seiner Ehefrau standesgemäßen Unterhalt zu bestreiten hat, so kann einer etwaigen Klage auf Unterhalt der Eltern, jetzt der Mutter, keine Aussicht auf Erfolg beigemessen werden. Stanislaus G., der ebenfalls kinderlos verheiratet ist, erzielt ein jährliches Arbeitseinkommen von etwa über 1930 ℳ. Wenn er danach auch in der Lage ist, zum Unterhalt seiner Eltern etwas beizutragen — soweit etwa, daß ihm für den eigenen Unterhalt und den seiner Frau ein gleicher Betrag verbliebe, wie ihn sein Bruder Franz verdient, — und wenn er auch tatsächlich nach den vorliegenden Postabschnitten hin und wieder in unregelmäßigen Zwischenräumen Beträge von 15 und 10 ℳ abgegeben hat, so wird doch durch die Leistung dessen, was im günstigsten Falle von ihm verlangt werden konnte, die Bedürftigkeit der Eltern nicht aufgehoben.

Auch die Frage, ob der Verstorbene seine Eltern aus seinem Arbeitsverdienst wesentlich unterhalten habe, hat das Reichsversicherungsamt in Übereinstimmung mit dem Vorderrichter bejaht. Nach dem bei den Akten befindlichen Postabschnitten hat der Verstorbene seinen Eltern in den letzten Monaten vor dem Unfalle regelmäßig monatlich den Betrag von 20 ℳ zugewendet. Eine derartige Unterstützung ist gegenüber dem geringen eigenen Einkommen der Eltern unbedenklich als wesentlich im Sinne des § 593 RVO. anzusehen.

b)

Da darüber, daß der am 30. Oktober 1915 tötlich verletzte Friedrich E. der Klägerin, seiner Mutter, einen erheblichen Teil seines Arbeitsverdienstes zugewendet hat, kein Streit ist, hängt die Entscheidung allein von der Antwort auf die Frage ab, ob die Klägerin hilfsbedürftig zur Zeit des Unfalls ihres Sohnes war. Im Gegensatz zu dem Oberversicherungsamte hat das Reichsversicherungsamt dies verneint. Das ermittelte Einkommen der Klägerin von rund 800 ℳ übersteigt den von der Verwaltungsbehörde für den Wohnort der Klägerin festgesetzten ortsüblichen Verdienst. Sodann hat die Klägerin Grundbesitz im Werte von 12 000 ℳ, dem eine Schuldenlast von 4000 ℳ gegenüber steht, so daß das reine Vermögen auf 8000 ℳ zu veranschlagen ist. Die Klägerin hat aber keinen Anspruch darauf, daß sie ihren Unterhalt nur aus ihren Einnahmen bestreiten und das Vermögen unangetastet lassen darf. Aus beiden Gründen kann eine Hilfsbedürftigkeit der Klägerin nicht anerkannt werden. Hinzu kommt, daß hier nur der Unterhalt der Klägerin selber in Betracht kommt. Die in ihrem Hause befindlichen Kinder haben keinerlei Rechte gegen die Beklagte, und soweit die Klägerin nach § 1601 Bürgerl. Gesetzb. gehalten ist, ihnen Unterhalt

Digitized by Google

zu gewähren, kann sie von der Beklagten nicht fordern, daß diese das sie nach § 1603 Bürgerl. Gesetzb. befreiende eigene Vermögen beseitige. Hieraus folgt, daß der von der Klägerin erhobene Anspruch unbegründet und von der Beklagten mit Recht abgelehnt worden ist.

Beginn der erst nach Ablauf von zwei Jahren festgestellten Dauerrente, wenn zunächst eine vorläufige festgesetzt war.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 16. Juni 1916 (2907 Amtl. Nachr. 1916 S. 715).

Es handelt sich im vorliegenden Falle um die Feststellung der Dauerrente. Die Dauerrente ist nach dem Abs. 2 des § 1585 RVO. spätestens mit dem Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall festzustellen, und diese Feststellung setzt eine Änderung der Verhältnisse und einen Antrag des Verletzten nicht voraus, auch ist für sie die vorher getroffene Feststellung der Grundlagen für die Rentenberechnung nicht bindend. Die Rentenberechnung erfolgt bei der Festsetzung der Dauerrente unter Zugrundelegung des Jahresarbeitsverdienstes einerseits und des Maßes der Einbuße an Erwerbsfähigkeit anderseits. Das Maß der Einbuße an Erwerbsfähigkeit aber ist aus der Gesamtheit der durch den Unfall herbeigeführten Krankheitserscheinungen und aus ihrer Einwirkung auf die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen zu ermitteln (zu vgl. Rek.Entsch. 2790, Amtl. Nachr. 1915 S. 405 ff., besonders 406). Diese Einbuße ist aber, wenn man die Gesamtheit der durch Unfall herbeigeführten Krankheitserscheinungen und ihre Einwirkung auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers berücksichtigt, von den Vorinstanzen zu niedrig eingeschätzt worden. Als Unfallfolgen kommen nämlich, wie das auf einer zehntägigen klinischen Beobachtung beruhende, von dem Oberversicherungsamt eingeholte Gutachten des Professors Dr. Qu. vom 29. Oktober 1915 ergibt, nicht bloß Schmerzen bei Bewegungen der Wirbelsäule, sondern vor allem erhebliche nervöse Krankheitserscheinungen in Frage, die sich in gedrückter, wehleidiger und gereizter Stimmung, vollkommenem Durchdrungensein vom Gefühle der Schwere des Krankheitszustandes und in unruhigem Schlafe äußern. Die starke, ja zum Teil übertriebene Betonung der Krankheitserscheinungen ist, wie Professor Dr. Qu. begutachtet, selbst eine krankhafte Erscheinung. Die nervösen Krankheitserscheinungen (Unfallhysterie) sind nicht vom Kläger verschuldet, etwa durch ungehörige und maßlose Führung des Kampfes um die Rente, sondern allein oder doch überwiegend auf den Unfall zurückzuführen. Der Kläger ist nach diesem Befunde wegen der Unfallfolgen nach der Überzeugung des Reichsversicherungsamts regelmäßig nur in der Lage, leichtere Arbeiten zu verrichten, und nur hin und wieder auch zur Verrichtung mittelschwerer Arbeiten fähig. Das Reichsversicherungsamt hat danach eine Dauerrente von 60 v. H. der Vollrente für angemessen erachtet. Nach den Gutachten des Nervenarztes Dr. H. vom 16. April 1915 sowie des Dr. T. vom 6. und 15. September 1914 war der Zustand des Klägers zur Zeit der Abgabe dieser Gutachten im wesentlichen derselbe, wie er jetzt ist. Dieser Annahme steht auch der in dem Berichte des Kontrollbeamten der Beklagten vom 29. April 1915 geschilderte objektive Sachverhalt nicht entgegen. Der Kläger kann also auch schon für die vorhergehende Zeit eine Teilrente von 60 v. H. beanspruchen.

Was nun den Zeitpunkt anbetrifft, von dem ab die Dauerrente festzusetzen ist, so fehlt es in dem § 1585 RVO. an einer ausdrücklichen Vorschrift, von welchem Zeitpunkt ab die Dauerrente wirksam wird, wenn sie von dem Versicherungsträger, welcher zunächst eine vorläufige Rente rechtskräftig festgesetzt hat, nicht innerhalb der ersten zwei Jahre seit dem Unfall festgestellt worden ist. Unter Berücksichtigung der sonstigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird in einem solchen Falle die Frage nach dem Beginne der Wirksamkeit des Dauerrentenbescheids verschieden zu beantworten sein, je nachdem als Dauerrente eine gleich hohe oder eine niedrigere oder eine höhere Rente als die bisherige vorläufige Rente gleichzeitig festgesetzt wird. Gewährt in einem solchen Falle der Versicherungsträger als Dauerrente eine gleich hohe Rente wie die bisherige vorläufige Rente, so tritt gemäß § 609 die Folge ein, daß seit Beginn des dritten Jahres nach dem Unfall eine neue Feststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre vorgenommen oder beantragt werden kann. Setzt der Versicherungsträger mit der Gewährung der Dauerrente gleichzeitig die Rente herab, sei es durch Minderung des Rentenprozentsatzes, sei es durch niedrigere Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes, so darf er die Minderung nicht von einem zurückliegenden Zeitpunkt an eintreten lassen, sondern sein Dauerrentenbescheid wird, da dem Verletzten auch in diesem Falle der § 610 zur Seite steht, erst mit Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats wirksam. Erhöht der Versicherungsträger mit der Gewährung der Dauerrente gleichzeitig die bisher gewährte vorläufige Rente, so ist es ihm unbenommen, den Beginn der höheren Dauerrente bis in den zweijährigen Zeitraum nach dem Unfall zurückzuverlegen. Er muß aber jedenfalls die Dauerrente mit ihrem höheren Entschädigungsbetrage mit dem Ablauf der zwei Jahre in Wirksamkeit treten lassen; denn von diesem Zeitpunkt an hat der Verletzte nach § 1585 Abs. 2 Anspruch auf die Gewährung der Dauerrente, ohne daß er einen Antrag auf ihre Feststellung oder auf Erhöhung der Rente zu stellen braucht. Der § 611 findet hier keine Anwendung. Setzt erst das Oberversicherungsamt oder das Reichsversicherungs-

Digitized by Google

amt die Dauerrente fest oder hat eine dieser beiden Instanzen über den Zeitpunkt der Wirksamkeit des Dauerrentenbescheids zu entscheiden, so tritt in den beiden vorstehend zuerst erörterten Fällen keine Änderung ein. In dem dritten Falle aber ist in diesen Instanzen die Möglichkeit, die Wirksamkeit der Dauerrente bereits innerhalb der ersten beiden Jahre beginnen zu lassen, nicht gegeben; denn einer solchen Entscheidung steht die Rechtskraft der vorläufigen Rente entgegen. Diese Rechtskraft wirkt aber, den Versicherungsträger schützend, nur bis zum Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall, weil mit diesem Zeitpunkt die vorläufige Rente gemäß dem Abs. 2 des § 1585 ihre Daseinsberechtigung verliert. Das Oberversicherungsamt und das Reichsversicherungsamt haben also die den Verletzten günstiger stellende Dauerrentenfestsetzung, soweit solches im Hinblick auf den von dem Verletzten erhobenen Anspruch zulässig ist, stets mit dem Beginne des dritten Jahres nach dem Unfall in Kraft treten zu lassen. Aus diesen Erwägungen ergibt sich für den vorliegenden Fall, daß dem Kläger die ihm nach dem Vorerörterten zustehende Dauerrente von 60 v. H. der Vollrente vom 22. November 1914 ab zu bewilligen ist.

---

§ 1711 RVO. ist nicht anwendbar, wenn das Rechtsmittel erst nach Erlaß des Urteils durch Erweiterung des Antrags zulässig geworden ist.

Rek.Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 28. November 1916 (Ia 1161/15. 7 A).

Die Entscheidung des Oberversicherungsamtes enthält am Schlusse den Vermerk: „Diese Entscheidung ist gemäß § 1700 der Reichsversicherungsordnung endgültig" und ist dem Kläger am 24. Dezember 1914 durch Aushändigung an seine Ehefrau zugestellt worden. Durch einen am 7. März 1915 beim Reichsversicherungsamt eingegangenen Schriftsatz hat der Kläger Rekurs eingelegt mit dem Antrag auf Gewährung der Vollrente bis zum 9. November 1914 und auf Gewährung einer höheren Entschädigung als die Teilrente von 60 Prozent für die spätere Zeit. Die Rechtzeitigkeit des Rekurses begründet der Kläger mit der Ausführung, der Vermerk über die Endgültigkeit der Entscheidung sei zu Unrecht erfolgt. — Das Reichsversicherungsamt hat den Rekurs als verspätet verworfen aus folgenden Gründen:

Dem Kläger ist darin beizutreten, daß die ihm bewilligte Rente weder in dem Einspruchsbescheide vom 13. August 1914 noch in dem Endbescheide vom 26. September 1914 als vorläufige bezeichnet worden ist, daß also die Entscheidung des Oberversicherungsamts nicht mit Rücksicht auf § 1700 Nr. 7 RVO. für endgültig erklärt werden durfte. Der Kläger hatte aber in der Berufungsschrift nur beantragt, ihm bis zur Aufnahme der Arbeit statt der Teilrente von 60 Prozent die Vollrente weiterzuzusprechen, und hat im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Oberversicherungsamt vom 4. Dezember 1914 angegeben, die Arbeit am 9. November 1914 aufgenommen zu haben. Daß er die Abänderung des Endbescheides nur für einen bestimmten Zeitraum und nur bis zum 9. November 1914 gefordert hatte, geht auch aus seiner Eingabe an das Oberversicherungsamt vom 9. Februar 1915 hervor. Es hat sich daher bei Erlaß der Entscheidung des Oberversicherungsamts lediglich um einen Rententeil gehandelt, der bei dauernder Erwerbsunfähigkeit für einen begrenzten und bereits abgelaufenen Zeitraum zu gewähren ist. Damals stand also fest, daß das Urteil nicht mit dem Rekurse angegriffen werden konnte (§ 1700 Nr. 3 RVO.), und der Vorsitzende hat daher mit Recht gemäß § 1692 die Endgültigkeit der Entscheidung vermerkt. Die Richtigkeit und Zulässigkeit dieses Vermerks kann auch nicht angezweifelt werden, obwohl der Rekurs nachträglich mit Rücksicht auf die Erweiterung des Anspruchs durch den vom Kläger im Rekursverfahren gestellten Antrag, auch die laufende Rente zu erhöhen, zulässig geworden sein mag. Denn der Vorsitzende der Spruchkammer kann die Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Rekurses nur nach der Sachlage zur Zeit des Erlasses der Entscheidung des Oberversicherungsamts prüfen und hat bei Anwendung des § 1692 nur nach den zu dieser Zeit vorliegenden Verhältnissen zu entscheiden. Da nach der damaligen Prozeßlage der Vermerk richtig war, kann sich der Kläger für die Rechtzeitigkeit des Rekurses nicht auf § 1711 stützen. Der Rekurs wäre vielmehr innerhalb der regelmäßigen Rechtsmittelfrist von einem Monat (§ 128 Abs. 1), also, da der 24. Januar 1915 ein Sonntag war, bis zum 25. Januar 1915 einzulegen gewesen. Da diese Frist nicht gewahrt ist, war er als verspätet zu verwerfen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Angestelltenversicherung der Bureaulehrlinge.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 23. Juni 1916 (P. 187/15).

Der Auffassung der Beschwerdeführerin (vergl. auch Jacobssohn im Zentralbl. der Reichsvers. 1914 Nr. 11 S. 235), daß Bureaulehrlinge der Versicherungspflicht nach § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht unterlägen, kann nicht beigepflichtet werden. Wie bereits in dem Beschlusse des Oberschiedsgerichts vom 19. Mai 1915 in Sachen A. — P. 2/15 — ausgesprochen ist, unterliegen der Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte sämtliche Bureauangestellte, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden. Hierbei ist ein Unterschied zwischen Angestellten im

Digitized by Google

engeren Sinne und zwischen Lehrlingen nicht gerechtfertigt. In Ansehung der Bureauangestellten liegt die Sache anders als bei den Handlungsgehilfen und Handlungslehrlingen sowie den Gehilfen und Lehrlingen in Apotheken. Handlungslehrlinge und Apothekerlehrlinge sind allerdings aus der Versicherungspflicht ausgeschieden, im Gegensatz zu § 1226 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung. Bei den Handlungslehrlingen und den Lehrlingen in Apotheken handelt es sich aber um eine feststehende Klasse, die auch sonst in einem ausgesprochenen und unverrückbaren Gegensatz zu den Handlungsgehilfen und den Gehilfen in Apotheken gebracht sind. Eine derartige Scheidung findet bei Bureaulehrlingen nicht statt. Bureaulehrlinge gehören nach der Art ihrer Tätigkeit zu den Bureauangestellten. Ein bestimmter Begriff für den Bureaulehrling hat sich nicht herausgebildet und eine gesetzliche Grenze zwischen dem bloßen Lehrling und einem anderweitigen Angestellten läßt sich nicht ziehen. Dadurch, daß in einem bestimmten Betriebe, wie hier bei der Beschwerdeführerin selbst, nach einer bestehenden Dienstordnung oder einer sonst festgelegten Übung ein Unterschied gemacht wird, wird hieran nichts geändert. Auch so tritt bei den Bureaulehrlingen die Verpflichtung zur wirklichen Tätigkeit gegenüber der Ausbildung weit mehr in den Vordergrund als bei den Handlungsgehilfen.

Auch aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes kann ein Grund gegen diese Auffassung nicht hergeleitet werden. Die Bureauangestellten als solche waren in dem Entwurf des Versicherungsgesetzes für Angestellte überhaupt nicht genannt, sondern sind erst zufolge der Beschlüsse der Reichstagskommission der Versicherungspflicht unterstellt worden. Nach den Beschlüssen der Kommission in erster Lesung sollte die Versicherungspflicht Bureauangestellte und -lehrlinge umfassen. Die schließliche Fassung des Gesetzes, welche Bureaulehrlinge nicht mehr erwähnt, ist erst in zweiter Lesung der Kommission beschlossen worden. Wie die Verhandlungen der Kommission ergeben, (zu vergl. S. 67 ff. des Kommissionsber. v. 18. November 1911, Nr. 1198 der Druckf. des Reichstags, 12. Legislaturperiode 2. Session 1909/1911), sollte mit der Änderung der Fassung des Beschlusses erster Lesung lediglich die vielbestrittene Grenze der Versicherungspflicht der Bureauangestellten neu festgelegt werden. Dagegen bieten die Verhandlungen keinen Anhalt dafür, daß von irgendeiner Seite beabsichtigt worden wäre, die Bureaulehrlinge als solche von der Versicherungspflicht auszuschließen. Man hat vielmehr die Lehrlinge als solche nicht besonders erwähnt, weil man annahm, daß sie ohnehin in der Regel nicht versicherungspflichtig seien (zu vergl. die Begründung des Antragstellers des Antrags Nr. 987, S. 68 des Berichts). Dies bezieht sich aber nicht auf eine bewußte und beabsichtigte Unterscheidung zwischen Bureauangestellten und Bureaulehrlingen als zwei gesonderten Klassen, von denen die eine der Versicherungspflicht unterworfen werden könnte, die andere nicht, sondern darauf, daß Lehrlinge nach der Art ihrer Entlohnung (zu vergl. insbesondere § 7 des Gesetzes), nicht unter die Versicherungspflicht fallen, weil bei ihnen in der Regel ein versicherungspflichtiges Anstellungsverhältnis, d. h. eine gegen Entgelt erfolgende Beschäftigung, nicht vorliegen wird. Im Gesetz jedenfalls hat ein Ausschluß der Bureaulehrlinge von der Versicherungspflicht keinen Ausdruck gefunden, so daß die Verhandlungen der Reichstagskommission, insbesondere die Abweichungen zwischen ihren Beschlüssen erster und zweiter Lesung, für die Auslegung des Gesetzes überhaupt nicht in Betracht gezogen werden können. Es muß daher an dem Beschlusse vom 19. Mai 1915 festgehalten werden.

Die Beschwerdeführerin weist noch darauf hin, daß bei dieser Auslegung des Gesetzes die Angestellten in Ansehung der Berechnung der Versicherungsleistungen gemäß § 55 des Gesetzes insofern benachteiligt seien, als danach die ersten 120 Beitragsleistungen naturgemäß von dem geringeren Lehrlingsgehalt berechnet werden müßten. Auch hieraus kann zugunsten des von der Beschwerdeführerin vertretenen Standpunkts nichts hergeleitet werden. Das gleiche gilt bei der übergroßen Mehrzahl aller Angestellten, die der Versicherungspflicht unterliegen, mit einem niedrigeren Gehalt anfangen und erst allmählich in die höheren Klassen einrücken.

Daß nach der Höhe des gezahlten Entgelts von einem bloßen Taschengelde keine Rede sein kann, daß also an sich ein versicherungspflichtiges Anstellungsverhältnis vorliegt, ist vom Rentenausschuß mit Recht angenommen worden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet.

Angestelltenversicherung einer Schneidermeisterin an einer Zuschneideschule.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 26. Mai 1916 (P. 40/16).

Ob dem Rentenausschuß darin beigetreten werden kann, daß Frau B. nicht als Lehrerin im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen ist, kann dahingestellt bleiben. Denn jedenfalls muß in Übereinstimmung mit dem Rentenausschuß angenommen werden, daß die Lehrtätigkeit der Frau B. als eine höhere Berufsarbeit im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu gelten hat. Dabei kann unerörtert bleiben, ob die von der Beschwerdeführerin lebhaft bekämpften Ausführungen des Rentenausschusses, wonach das Maßnehmen, Musterzeichnen und Zuschneiden eine besondere eigene Denk- und Erfindungstätigkeit sowie eine gewisse Kenntnis vom Körperbau des Menschen und Gefühl für seine be-

Digitized by Google

sondere Gestalt voraussetzen soll, zutreffend sind. Denn selbst wenn man den Darlegungen der Beschwerdeführerin folgen und annehmen wollte, daß Personen, welche derartige Arbeiten, wie Zuschneiden, Musterzeichnen und dergl. verrichten, sich nicht wesentlich über die handarbeitende Bevölkerungsklasse erhöben, so würde damit der vorliegende Fall nicht entschieden sein. Denn Frau B. hatte in dem hier allein in Betracht kommenden Zeitraum, d. h. in der Zeit vom 1. Januar bis zum 30. September 1913, die erwähnten Arbeiten nicht selbst vorzunehmen, sondern sie hatte die Schülerinnen in solchen Arbeiten zu unterweisen und zwar nicht nur praktisch, sondern auch theoretisch an der Hand von Lehrbüchern und Zeichnungen, die sie den Schülerinnen zu erläutern und für die praktische Anwendung nutzbar zu machen hatte. Daß eine solche Tätigkeit weit über eine bloß handwerksmäßige Geschicklichkeit hinausgeht und ein besonderes Lehrgeschick und ausgebreitete und vertiefte theoretische Kenntnisse voraussetzt, bedarf keiner näheren Darlegung. Zu dieser schwierigen Unterrichtstätigkeit war Frau B. auch nur auf Grund der von ihr mit Erfolg abgelegten Meisterprüfung und langjähriger praktischer Arbeit befähigt. Hierzu kommt, daß von ihr auch auf anderen Gebieten, die neben der eigentlichen Schneidertätigkeit liegen, insbesondere in der Buchführung, im Lohn- und Krankenkassenwesen und gewissen Zweigen der Rechtskunde Kenntnisse verlangt wurden, die sie auch auf diesen Gebieten zu einer ersprießlichen Lehrtätigkeit befähigten. Eine Lehrkraft, von der derartige Kenntnisse auf den verschiedensten Gebieten erwartet werden, ragt weit heraus aus der Klasse der bloß handarbeitenden Bevölkerung. Daran ändert auch nichts der Umstand, daß Frau B. bei ihrer Lehrtätigkeit unter der Oberleitung des Fräulein P. gestanden hat. Denn es ist selbstverständlich, daß sich letztere um die Einzelheiten der Unterrichtserteilung nicht kümmern konnte, vielmehr der Frau B. bei der Entfaltung ihrer Lehrtätigkeit einen weiten selbständigen Spielraum lassen mußte.

Nach alledem hat Frau B. in der mehrgedachten Zeit eine gehobene Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bekleidet und ihre Versicherungspflicht ist daher vom Rentenausschuß mit Recht bejaht worden.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Arzthonorar für fortgesetzte Massage.

Entscheidung des **Königl. Amtsgerichts Hannover** vom 8. März 1916.

Streitig ist nur die Höhe des Honorars für jeden Fall der vom Kläger geleisteten ärztlichen Behandlung des Arbeiters S.; es sind dies insgesamt 103 Fälle. Nach der Aussage des Zeugen S. hat die Behandlung bei den Besuchen darin bestanden, daß S. nach Anweisung des Klägers aktive Bewegungen mit den Beinen ausführen mußte; diese haben bei jedem Besuche verschieden lange gedauert; die Behandlungszeit schwankt zwischen 3 bis 15 Minuten.

Für die Bestimmung der Höhe des Honorars ist die in Gemäßheit des § 80 der Reichs-Gewerbeordnung erlassene Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte maßgebend. Für den vorliegenden Fall trifft die Vorschrift der Ziffer 34: „Massage 2—5 ℳ" Anwendung. Wenn der Kranke auch nicht vom Kläger aktiv massiert wurde, so wurde die Massage doch durch die eigenen Bewegungen des Kranken nach Anweisung des Klägers herbeigeführt. Der Kläger kann nach dieser Vorschrift also für jede Behandlung 2—5 ℳ verlangen. Es kommt jedoch weiter die Vorschrift Ziffer 42 zur Anwendung: wenn danach die Massage eine Zeitlang wiederholt ausgeführt wird, so ist nur für die ersten drei Male der volle Satz, für jedes folgende Mal die Hälfte zuzubilligen, jedoch nicht unter 1 ℳ. Der Kläger konnte demnach für die Massage für die ersten drei Male mindestens je 3 ℳ, für die folgenden Male je 1 ℳ fordern.

Nun kommt aber hinzu, daß der Kläger nach Ziffer 4 für jede Beratung in derselben Krankheit 1—5 ℳ verlangen kann, wenn die andere Tätigkeit — hier also die Massage — nach der Gebührenordnung nicht mit mehr als 10 ℳ für jedes Mal zu honorieren ist, was hier nicht der Fall ist.

Was die Feststellung des Honorars innerhalb der festgesetzten Grenzen angeht, so ist nach § 3 der Gebührenordnung nach den besonderen Umständen Entscheidung zu treffen.

Nach dem Gutachten des Sachverständigen ist es üblich, bei Krankenkassen und Berufsgenossenschaften bei fortgesetzter Behandlung eines Kranken für jeden Fall der Massage 0,75 ℳ bis 1 ℳ zu rechnen; die höhere Grenze von 1 ℳ und 1,50 ℳ findet allerdings gewöhnlich nur Anwendung, wenn eine gleichzeitige Behandlung mit anderen Prozeduren stattgefunden hat. Da dies aber nicht die Regel ist, so muß dem Kläger 1,50 ℳ für jedes Mal zugebilligt werden. Nach dem Gutachten des Sachverständigen findet daneben eine Honorierung wegen Beratung nur dann statt, wenn eine Beratung wirklich erfolgt ist; im vorliegenden Falle haben aber Beratungen nicht stattgefunden, sodaß also hierfür ein Honorar nicht anzusetzen ist.

Danach muß dem Kläger zugebilligt werden für die ersten drei Male der Massage je 3 ℳ, das ist das

Digitized by Google

Doppelte der späteren Sätze; für die hundert späteren Male je 1,50 ℳ.

Zu Unrecht beruft sich der Kläger auf eine mit der Beklagten getroffene Vereinbarung; eine solche ist nicht getroffen. In dem Schreiben vom 7. September 1914 (Blatt 63 der Akten der Beklagten) teilt der Kläger der Beklagten mit, daß er den S. bis dahin 6 mal behandelt habe; für diese verlange er je 3 ℳ. Einmal ist nicht ohne weiteres anzunehmen, daß die Beklagte sich durch ihr Schweigen hiermit einverstanden erklärt hat; sodann könnten die 3 ℳ nur für die ersten 6 Behandlungen, nicht aber für die 97 späteren Behandlungen vereinbart sein. Die Klagerechnung war daher um $100 \times 1{,}50$ ℳ $= 150$ ℳ zu kürzen.

Anmerkung: Die Begründung beruht insofern auf einem Irrtum, als Ziffer 42 der Gebührenordnung angewendet ist. Diese Vorschrift gilt nur für die Verrichtungen unter Ziff. 35—40, zu denen die Massage (Ziff. 34) nicht gehört. Es gilt aber ein allgemeines, auch auf die Massage anwendbares Prinzip, daß bei fortgesetzten Verrichtungen gleicher Art im Verlaufe derselben Krankheit eine Ermäßigung der erstmaligen Gebühr eintritt und zwar alsbald, nicht erst nach der dritten Verrichtung, wie dies für die Fälle der Ziff. 42 bestimmt ist. Zu vgl. Joachim-Korn, Geb.-Ordg. für Ärzte, 3. Aufl. Anm. 7 zu Ziff. 1—4, Anm. 2 zu Ziff. 34 und Anm. 1 zu Ziff. 42.

Wieweit darf ein Sachverständiger zur Erstattung des Gutachtens Hilfskräfte heranziehen?

Urteil des **Reichsgerichts** (6. Zivilsen.) v. 28. September 1916 (336/14).

Die Revision rügt, daß der Vorderrichter seiner Entscheidung das Gutachten des Professors Dr. W. zugrunde lege, ohne auf die gegen dieses Gutachten erhobenen Bedenken einzugehen. Gegen das Gutachten wird geltend gemacht, daß es nicht von Professor W., sondern von dem Assistenzarzt Dr. St. herrühre, der es auch mitunterzeichnet habe. Aus der in dem Gutachten enthaltenen Bemerkung, der Kläger sei bei seinem zweimaligen Aufenthalte in der Klinik durch W. „und mich" des öfteren untersucht und beobachtet worden, ergebe sich die Abfassung durch St., es müsse aber verlangt werden, daß der vom Gericht bestellte Sachverständige die volle Verantwortung für seine Tätigkeit übernehme. Es gehe nicht an, daß an Stelle des geforderten Gutachtens ein anderes gesetzt werde, das nur scheinbar ein solches des ernannten Sachverständigen sei. Gegen diese letztere Ausführung bestehen keine Bedenken, es kann aber nicht zugegeben werden, daß das vorliegende Gutachten nicht von Professor W. selbst erstattet sei. Aus der von der Revision angezogenen Stelle ergibt sich nur, daß Professor W. bei seiner Tätigkeit als Gutachter seinen Assistenten zugezogen hat, und daß von diesem die schriftliche Ausarbeitung herzustammen scheint, weiter aber auch, daß er selbst bei den Untersuchungen und der Beobachtung des Klägers mitgewirkt hat und daher in der Lage war, sich über dessen Zustand ein eigenes Urteil zu bilden. Daß ein Sachverständiger bei der Vorbereitung oder Ausarbeitung seines Gutachtens Hilfskräfte zuzieht, ist an sich nicht zu beanstanden und wird bei der Beobachtung eines Kranken in einer Klinik schon deshalb häufig nötig werden, weil dessen andauernde Beobachtung durch den ernannten Sachverständigen überhaupt unmöglich wäre. Gefordert muß freilich werden, daß sich der Sachverständige nicht ohne Nachprüfung auf die Hilfskraft verläßt und deren Ansicht ohne weiteres mit seinem Namen deckt. Für eine solche Annahme liegen hier keine Anhaltspunkte vor, insbesondere kann aus der Unterzeichnung des Gutachtens durch den Sachverständigen und seinen Assistenten nur geschlossen werden, daß zwar die Beteiligung des letzteren ersichtlich gemacht werden sollte, daß aber der Sachverständige selbst die vorliegende schriftliche Ausarbeitung auf Grund seiner im Text des Gutachtens bekundeten Beobachtungen und Untersuchungen billigt. . . . Hiernach ist die erhobene Rüge unbegründet. (Jur. Wochenschr.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Merkblatt des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über A. Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten für die Angestelltenversicherung, B. Rückzahlung der für Kriegsdienstzeiten entrichteten Beiträge.

(Vom 20. Mai 1916.)

A.

1. Nach der Verordnung des Bundesrats vom 26. August 1915 werden die Zeiten, in denen Versicherte im gegenwärtigen Kriege dem Deutschen Reiche oder der Österreichisch-Ungarischen Monarchie Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben, soweit sie in vollen Kalendermonaten bestehen, auf die Wartezeiten und bei Berechnung der Versicherungsleistungen an Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte als Beitragszeiten angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen.
2. Sind Beiträge für die Zeit der Kriegsdienstleistung entrichtet und auf dem Konto des Angestellten verblieben (vgl. unten Nr. 14), so findet eine Anrechnung dieser Kriegsdienstmonate als Beitragszeiten nach Nr. 1 nicht statt; die vorhandenen Beiträge kommen aber als freiwillige Beiträge zur Anrechnung.
3. Angerechnet werden ohne Beitragsleistung nur die vollen Kalendermonate des Kriegsdienstes; die Anrechnung des Monats August 1914 ist daher in der Regel ausgeschlossen, da der erste Mobilmachungstag auf den 2. August 1914 fiel.

Digitized by Google

4. Für die Anrechnung ist die Gehaltsklasse des letzten, dem 1. August 1914 vorhergehenden Monats maßgebend, für den ein Pflichtbeitrag oder von freiwillig Versicherten ein freiwilliger Beitrag entrichtet ist. Für Angestellte, die erst nach dem 31. Juli 1914 versicherungspflichtig geworden sind, ist die Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrages maßgebend, der vor Antritt des Kriegsdienstes geleistet worden ist. Sind in dem in Betracht kommenden Monat Beiträge nach einer Gehaltsklasse und nach § 177 a. a. O. gezahlt worden, so kommt nur der Beitrag nach der Gehaltsklasse in Ansatz. Sind in dem in Betracht kommenden Monat nur Beiträge nach § 177 a. a. O. geleistet, so ist die Gehaltsklasse E maßgebend.

   In den Fällen des § 390 a. a. O. wird nur die von den Arbeitgebern nach § 392 Abs. 1 a. a. O. gezahlte Beitragshälfte (Arbeitgeberbeitrag) angerechnet.
5. Die Anrechnung der Kriegsdienstzeit kommt in Betracht für das Ruhegeld und die Hinterbliebenenrenten, nicht aber für andere Leistungen des Versicherungsgesetzes für Angestellte.
6. Die Kriegsdienstzeit wird durch die Militärpapiere (z. B. die Militärpässe) nachgewiesen, aus denen auch die Dauer des Kriegsdienstes genau zu ersehen ist.
7. Daß die für die Kriegsdienstzeit anzurechnenden Beiträge auf den nach § 182 a. a. O. zu führenden Versicherungskonten zu vermerken sind, ist nicht vorgeschrieben; es würde an sich ausreichen, wenn bei dem Antrag auf Ruhegeld oder Hinterbliebenenrenten die Militärpapiere miteingereicht würden. Im Interesse der Klarheit der Konten werden jedoch nach Beendigung des Krieges nach und nach die Konten der Kriegsteilnehmer um die anzurechnende Kriegsdienstzeit vervollständigt werden. Zu diesem Zwecke werden die Militärpapiere der Kriegsteilnehmer von hier aus gelegentlich der Versendung der Kontoauszüge eingefordert werden.

   Den versicherten Kriegsteilnehmern wird daher empfohlen, ihre Militärpapiere zum Zwecke der Eintragung der für die Kriegszeit anzurechnenden Beiträge vorläufig unaufgefordert an die Reichsversicherungsanstalt nicht einzusenden, sondern abzuwarten, bis die Aufforderung zur Einsendung an sie ergeht.
8. In die Versicherungskarte werden die für die Kriegsdienstzeit anzurechnenden Beiträge von der Reichsversicherungsanstalt nicht eingetragen, so daß von Einsendung der Versicherungskarte an die Reichsversicherungsanstalt abzusehen ist. Es steht dem Angestellten frei, die Eintragung selbst zu machen.

B.

9. Beiträge, die für die vollen Monate der Kriegsdienstzeit (siehe oben Nr. 1, 3) entrichtet worden sind, werden, soweit sie nicht nach § 398 a. a. O. schon zurückerstattet sind, dem Arbeitgeber auf seinen an das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193/195, portofrei zu richtenden Antrag ohne Zinsen zurückgezahlt. Der Arbeitgeber hat dem Angestellten den von ihm eingezogenen Beitragsteil zu erstatten.
10. Der Angestellte ist nur dann zur Stellung eines solchen Rückzahlungsantrages berechtigt, wenn er die Beiträge als freiwillige Versicherungsbeiträge selbst an die Reichsversicherungsanstalt eingezahlt hat.
11. In dem Rückzahlungsantrag sind Vor- und Zunamen, Geburtstag und Geburtsort der in Frage kommenden Versicherten, die vollen Kriegsdienstmonate, für die auf das Konto des einzelnen Versicherten Beiträge gezahlt worden sind, diese Beiträge selbst und ihre Zahlungstage im einzelnen genau anzugeben. Dem Antrag müssen die Militärpapiere der Versicherten ohne besondere Bescheinigungen der Militärbehörden beigefügt werden, aus denen der Tag des Eintritts in den Kriegsdienst und die unterbrochene Dauer des Kriegsdienstes für die Zeiten, für welche die Rückerstattung von Beiträgen beantragt wird, ersichtlich ist. Für die Ausstellung dieser Bescheinigungen kommen allein die Truppenteile in Frage, nicht etwa das Zentral-Nachweisebureau des Kriegsministeriums.
12. Der Antrag auf Rückerstattung von Beiträgen kann schon jetzt und muß spätestens sechs Monate nach Ablauf des Monats gestellt werden, in welchem der Frieden geschlossen worden ist. Beim Fehlen eines Friedensschlusses beginnt der Lauf der Frist mit dem Schlusse desjenigen Jahres, in welchem der Krieg beendet ist.
13. Für die Entscheidung von Streitfällen über die Rückerstattung von Beiträgen gelten die §§ 210 ff. a. a. O. entsprechend.
14. Für solche Versicherte, welche in dem nach Nr. 4 maßgebenden Monat bei einer zugelassenen Ersatzkasse (§§ 372 ff. a. a. O.) versichert waren, gelten die vorstehenden Bestimmungen aus der Verordnung des Bundesrats vom 26. August 1915 nicht.

Fürsorge für erkrankte Kriegsteilnehmerangehörige.

Die Zentralkommission für Kriegsunterstützungen in Hamburg hat bereits unterm 12. Mai 1916 die ärztliche Versorgung von unterstützungsberechtigten Kriegsteilnehmerangehörigen eingeführt. Schon ein Jahr vorher, im April 1915, wurde beschlossen, für Angehörige der Kriegsteilnehmer die Beerdigungskosten für einfache Beerdigungen zu übernehmen. Nachdem später noch die zahnärztliche Fürsorge für die Angehörigen der Kriegsteilnehmer übernommen, wurde neuerdings auch die ärztliche Versorgung für bedürftige Hinterbliebene der im Kriege Gefallenen eingeführt. Was nun die ärztliche Fürsorge für die erkrankten Kriegsteilnehmerangehörigen anbetrifft, so erstreckt sich diese auf gegen Krankheit nicht versicherte, in der Stadt oder den Vororten wohnhafte Angehörige von Kriegsteilnehmern, die gesetzlichen Anspruch auf Familienunterstützung haben. Gewährt wird ärztliche Behandlung in 11 näher bezeichneten Polikliniken und die ärztlicherseits verordneten Arzneien. Auf Anweisung der Armenärzte kann auch Anstaltsbehandlung gewährt werden. Wegen zahnärztlicher Behandlung müssen sich die Kinder an den Rektor der Schule wenden, die erwachsenen Angehörigen der Kriegsteilnehmer dagegen an die Polikliniken. Von dort werden sie, wenn der Fall für eine zahnärztliche Behandlung geeignet erscheint, an die Polizeibehörde verwiesen, die dann einen Überweisungsschein für einen Zahnarzt verabfolgt. Für die Beerdigung sind Normalsätze aufgestellt, die bei einem Kinde bis zu 1/4 Jahr 12 ℳ betragen und bis zu 49 ℳ bei Kindern von 12—16 Jahren steigen. Für Angehörige über 16 Jahre wird 54 ℳ gewährt. Im Falle der Bedürftigkeit werden auch noch die Kosten für künstliche Gliedmaßen und dergl. übernommen.

Digitized by Google

Die Gewährung der ärztlichen Behandlung und Verabfolgung von Arzneien für die Hinterbliebenen der im Kriege Gefallenen hat der Hamburgische Landesausschuß übernommen. Es ist dabei an diejenigen Hinterbliebenen gedacht, die nicht gegen Krankheit versichert sind und deren Lebenslage vor dem Kriege eine so günstige war, daß die Familie den Armenarzt nicht in Anspruch nahm oder gegebenenfalls genommen hätte. Die Gewährung oder Vermittlung der ärztlichen Hilfe hat in der Regel durch die Hamburger Polikliniken zu geschehen, an welche die Hilfesuchenden überwiesen werden. Im Dringlichkeitsfalle werden die Polikliniken die weitere Überweisung an einen Privatarzt veranlassen, dessen Wahl den Kriegshinterbliebenen unter einer Reihe von Ärzten freisteht. In besonders dringenden Fällen, wenn für die erste Hilfe eine Poliklinik nicht zu erreichen ist, können sich die Hilfesuchenden in allen den genannten Fällen zunächst an einen Privatarzt wenden.

Diese Kriegsmaßnahmen kommen nun nicht allein den Angehörigen der Kriegsteilnehmer, sondern auch den Hinterbliebenen der Gefallenen — sofern die Angehörigen nicht selbst gegen Krankheit versichert sind — zugute. Dadurch wird den Angehörigen, sowie auch den Hinterbliebenen eine der schwersten Sorgen während der Kriegszeit abgenommen.

Kriegswohlfahrtspflege.

Der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte wurden im Jahre 1914 durch den Ausschuß 3 500 000 *M.* zur Linderung der Folgen des Krieges und der durch ihn geschaffenen wirtschaftlichen Notlage zur Verfügung gestellt. Wie nun aus der Berichterstattung des Vorsitzenden der Anstalt in der letzten Ausschußsitzung hervorging, sind von den 3½ Millionen *M.* den in den Hansestädten bestehenden Kriegsorganisationen bisher insgesamt 2 185 474,09 *M* überwiesen worden, und zwar an Hamburg 1 670 374,09 *M*, an Lübeck 170 100 *M* und an Bremen einschließlich Bremerhaven 345 000 *M*. In dem nach Hamburg gezahlten Betrage sind unter anderem 40 000 *M* enthalten, die als Beihilfe zu den Betriebskosten der Kriegsküchen dienten, ferner 960 374,09 *M* für freiwillige Fortsetzung der Kranken- und Invalidenversicherung und für Aufrechterhaltung von Lebens-, Volks- und anderen Versicherungen bei Kriegsteilnehmern und Erwerbslosen. Zu den gleichen Zwecken wurden dem Stadtrat in Bremerhaven 40 000 *M* überwiesen, während Lübeck Aufwendungen solcher Art aus den der Kriegshilfe in Lübeck überwiesenen Mitteln gemacht worden sind. Zur ausschließlichen Beschaffung von Weihnachts- und Liebesgaben für die Truppen im Felde wurden den verschiedenen dafür bestehenden Organisationen in den Hansestädten 192 000 *M* überwiesen. Die Höhe gemeinnütziger Hypothekdarleben für Arbeiterwohnungen beläuft sich während des Krieges bis jetzt auf insgesamt 991 000 *M*.

Teuerungszulagen für Kassenangestellte.

In anerkennenswerter Einsicht und Fürsorge hat das Oberversicherungsamt Leipzig das folgende Rundschreiben an die Versicherungsämter seines Bezirks gerichtet:

Seit mehr als Jahresfrist ist infolge des Krieges eine so außerordentliche Verteuerung in der Lebenshaltung eingetreten, daß alle Kreise und Stände und nicht zum mindesten darunter die Beamten und Angestellten als Festbesoldete zu leiden haben. Deshalb haben Reich-, Bundesstaaten und viele Gemeinden einen Teil ihrer Beamten und Angestellten Teuerungs- und Kinderzulagen gewährt. Auch seitens der Krankenkassen ist dies geschehen. Es sind aber noch immer eine Reihe von Krankenkassen mit der Gewährung entsprechender und ausreichender Teuerungs- und Kinderzulagen im Rückstande, so daß ihnen nahezulegen ist, zur Linderung der wirklichen großen Not Mittel bereitzustellen und den Angestellten eine Aufbesserung ihrer Bezüge, die auf Friedenszeiten zugeschnitten waren und im allgemeinen als auskömmlich gelten konnten, zuteil werden zu lassen. Die Gewährung entsprechender und ausreichender Teuerungszulagen ist um so mehr am Platze, als die Angestellten unter der Herrschaft des Krieges ihre Arbeitsleistungen ganz erheblich steigern müssen und die zu schaffende Arbeit auch für die zur Heeresdienstleistung eingezogenen Angestellten nur unter Aufbietung aller Kräfte bewältigen können.

Das königliche Oberversicherungsamt möchte deshalb hiermit den Versicherungsämtern dringend anheimgeben, bei den Orts-, Land- und Innungskrankenkassen, bei denen dies noch nicht der Fall ist, auf schnellste Gewährung von Teuerungs- und Kinderzulagen hinzuwirken.

Was die Form und Höhe der zu gewährenden Teuerungszulagen anbelangt, so ist insoweit die Entschließung zunächst den zuständigen Kassenvorständen anheimzustellen. Das Königliche Oberversicherungsamt möchte seinerseits bei der wirklichen großen Not den Krankenkassen aber empfehlen, die Teuerungszulagen sämtlichen Angestellten ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens, selbstverständlich soweit ein Bedürfnis hierzu vorliegt, zuteil werden zu lassen. Die Teuerungszulage kann in monatlichen Beträgen oder auch in der Form eines einmaligen Betrages, etwa in der Höhe eines Monatsgehaltes, zur Beseitigung entstandener Notlagen gewährt werden. Auch spricht nichts dagegen, wenn die Teuerungszulagen in Form der Gewährung von Dienstalterszulagen, was vielleicht am zweckmäßigsten erscheint, bewilligt werden. Im allgemeinen möchte aber die Teuerungszulage so bemessen werden, daß sie tatsächlich die Abwendung einer Notlage herbeiführt und die verausgabten Mittel auch wirklich als nutzbringende anzusehen sind.

Krankenkassen, die eine Teuerungszulage ihren Angestellten nicht bewilligen wollen, sind dem Königlichen Oberversicherungsamte anzuzeigen.

Kriegswochenhilfe unter den Voraussetzungen des § 214 RVO.

Gegen die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes v. 14. August 1916 (Nr. 2250, ArbVers. 1916 S. 732 zu c), wodurch den erwerbslos ausgeschiedenen, jedoch nach § 214 RVO. berechtigten Wöchnerinnen der Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach § 8 der Bek. v. 3. 12. 14 abgesprochen ist, werden immer mehr Stimmen des Widerspruchs laut (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 671 Ziff. 1, S. 795, Ortskrk. 1916 Sp. 808). Jetzt lesen wir auch in der „Sozialen Praxis" (26 Sp. 261): Das Reichsversicherungsamt hat am 14. August 1916 dahin entschieden, daß Wöchnerinnen, deren Ehemänner nicht zu den Kriegsteilnehmern gehören, die aber selbst gegen Krankheit versichert waren und daher nach § 8 der Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 Anspruch auf Wochenhilfe haben würden, dieses Anspruchs verlustig gehen, sobald sie wegen Erwerbslosigkeit aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden (und sich nicht freiwillig weiter versichern). Bisher wurde überwiegend angenommen, daß ihnen der Anspruch auf Wochenhilfe gemäß § 214 RVO. verbleibe, wenn die Niederkunft binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden eintrete. Auch darin lag noch eine erhebliche Härte; denn zumeist wird die Niederlegung der Arbeit mehr als 3 Wochen zurückliegen, sei es bei schwerer Arbeit, weil

Digitized by Google

die Frau dazu nicht mehr imstande ist, sei es bei leichterer, insbesondere in der Konfektion, angesichts der hier herrschenden starken Arbeitslosigkeit. Die Härte wird durch die erwähnte Entscheidung vermehrt. Die theoretische Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung scheidet praktisch bei der wirtschaftlichen Lage solcher Frauen so gut wie völlig aus. Deshalb wird nunmehr ein Vorschlag, der bereits früher gemacht worden ist, angesichts der erwähnten Entscheidung, um so zeitgemäßer. Er geht dahin: Auf Antrag solcher Frauen (die hierüber von ihrer bisherigen Krankenkasse aufgeklärt werden sollten) soll die Gemeinde für sie die Weiterzahlung der Krankenkassenbeiträge übernehmen, um ihnen die freiwillige Mitgliedschaft zu erhalten. Für die ausgelegten Beträge soll sie sich aus der später fällig werdenden Wochenhilfe befriedigen. Wenn auch diese rechtlich nicht abtretbar sein mag, so gibt eine vorherige Anweisung der Frauen an die Krankenkasse praktisch doch die Befriedigungsmöglichkeit genau so, wie z. B. im Kriegshilfswesen solche Anweisungen auf die Wehrunterstützung, z. B. durch Vermittelung der Mietsämter, einen weiten Umfang angenommen haben. Die Versicherungsämter sollten sich dieser Frage annehmen und die Kassen, wo dies nicht geschieht, selbst den Anfang dazu machen.

Zum Konkursvorrecht der Rückstände nach § 28 RVO.

Über die sehr bestrittene Frage, ob das Vorrecht der Rückstände nach § 28 RVO. nur mit der aus § 61 Ziff. 1 der Konkursordnung zu entnehmenden Beschränkung besteht, haben wir zuletzt im Heft 30 des Jahrgangs 1916 eingehende Erörterungen von Obersekretär **Koch** veröffentlicht, der die verneinende Meinung vertritt. Im gleichen Sinne lauten zwei in der „Zeitschrift für Rechtspflege in Bayern" (ohne Bezeichnung der Gerichte und der Daten) mitgeteilte Entscheidungen. Aus der Entscheidung des **Amtsgerichts.**

§ 61 Nr. 1 KO. gibt den dort aufgeführten „für das letzte Jahr vor der Eröffnung des Verfahrens rückständigen" Forderungen des Personals des Gemeinschuldners aus seinen Dienstverträgen ein Vorzugsrecht. Nun ist es allerdings richtig, daß aus den Worten „für das letzte Jahr" zu schließen ist, daß § 61 Nr. 1 nur die Forderungen meint, von deren Erträgnissen das Personal während des letzten Jahres leben sollte. Die an die Berufsgenossenschaft zu zahlenden Beiträge stehen aber nicht in einer solchen zeitlichen Beziehung. Hier bestimmt die Zeit nicht, wie bei den Ansprüchen des Dienstpersonals den Umfang der Leistungen, d. h. die Höhe der Beiträge. Denn erst nach Schluß des Geschäftsjahres stellt die Genossenschaft die Summe der von ihr an die Versicherten durch die Postbehörde gemachten Leistungen und damit die Gesamtsumme der von ihren Mitgliedern aufzubringenden Beiträge fest. Erst durch die Umlegung dieses letzteren Betrages erwirbt sie dann Forderungen gegen die einzelnen Mitglieder. Man kann also nicht sagen, daß die aufzubringenden Beiträge sich auf die einzelnen Teile des Jahres verteilen. Es lassen sich nicht wie bei Dienstverträgen Einzelforderungen für einzelne Monate usw. unterscheiden, es handelt sich vielmehr um eine einheitliche erst durch Umlegung entstandene Forderung. Man darf also „für das letzte Jahr" jedenfalls nicht so auslegen, wie es für die in § 61 Nr. 1 KO. aufgeführten Dienstvertragsforderungen zweifellos zu geschehen hat, so daß etwa das Vorzugsrecht nur den Teil des nach Abschluß des Geschäftsjahres von der Genossenschaft verlangten Beitragszuschusses umfaßt, der dem in das letzte Jahr vor der Konkurseröffnung fallenden Teil des Geschäftsjahres entspricht.

Eine solche wörtliche Auslegung des Ausdruckes „für das letzte Jahr" ließe sich auch bei den Beiträgen der Berufsgenossenschaft praktisch gar nicht durchführen; denn da die Zahl der Unfälle und der sonstigen Veranlassungen für die Ausgaben der Berufsgenossenschaft sich nicht regelmäßig auf das Jahr verteilt, so kann man auch nicht die Beiträge der Mitglieder für das letzte Geschäftsjahr den Teilen dieses Jahres entsprechend zerlegen. Auf den vorliegenden Fall angewandt heißt das: man kann nicht sagen, daß der klagenden Genossenschaft für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1915 eine Forderung von 100 und für die Zeit vom 31. März bis 31. Dezember eine solche von 300 ℳ zusteht. Die Klägerin hat vielmehr für das Geschäftsjahr eine einheitliche Forderung von 400 ℳ.

Da demnach die Forderung „für das letzte Jahr" bei Beitragsforderungen einer Berufsgenossenschaft schlechthin keinen Sinn hat, so ist der Klägerin darin beizupflichten, daß alle Rückstände berufsgenossenschaftlicher Beiträge das Vorzugsrecht des § 61 Nr. 1 genießen. Für dieses Ergebnis spricht auch § 28 III RVO., wo schlechtweg gesagt wird, daß Rückstände das Vorzugsrecht der genannten Bestimmung haben.

Die gegen dieses Urteil eingelegte Berufung ist vom Landgericht mit folgender Begründung zurückgewiesen worden:

Den Ausführungen des Vorderrichters kann nur beigepflichtet werden. Seine Ansicht, daß der Anspruch der Klägerin ein einheitlicher ist, findet auch noch eine Stütze in § 664 RVO., nach welcher im Falle eines Wechsels des Betriebsunternehmens der frühere Unternehmer bis zum Ablauf des Geschäftsjahres für die Beiträge haftet. In § 40 der Satzung der Genossenschaft ist allerdings von einem anteiligen Betrag des letzten für den Betrieb entrichteten Jahresbeitrags die Rede, aber nicht etwa unter dem Gesichtspunkte der Zahlung, sondern der Sicherheitsleistung. Die Rechte des § 661 RVO. bleiben durch § 40 der Satzung unberührt. Erfahrungsgemäß sind in den verschiedenen Jahreszeiten die Unfälle verschieden häufig. Auch deshalb entspricht eine Verteilung der Beitragspflicht nur nach dem Maße der Zeit nicht der Billigkeit.

Auch die Entstehung des § 28 III RVO. spricht für den Standpunkt des Vorderrichters. Bisher genossen die Ansprüche der Berufsgenossenschaften auf rückständige Beiträge nur das Vorrecht der Nr. 3 des § 61 KO. Für dieses Vorrecht war durch die RGE. 22, 139 anerkannt, daß es für die im letzten Jahre vor der Konkurseröffnung fällig gewordenen Beträge,

Digitized by Google

nicht für die in diesem Jahre entstandenen gilt. Es ist nicht anzunehmen, daß die RVO. diesen Vorzug der Beitragsrückstände einschränken wollte. Sie hat das Vorrecht vielmehr verstärkt, indem sie ihm die erste Stelle des § 61 anwies. An dem Umfang des Vorrechtes sollte dadurch schwerlich etwas geändert werden, es hätte genügt, im § 28 III RVO. hinter dem Worte Rückstände die Worte „aus dem letzten Jahre" einzufügen, wenn die Rückstände nur in diesem beschränkten Umfang hätten bevorrechtigt werden sollen. Da im § 28 III nur von Rückständen die Rede ist, so ist der Schluß gerechtfertigt, daß sie ohne Einschränkung den Vorrang des § 61 Nr. 1 KO. einnehmen.

Vom guten Ton zwischen Beamten und gewöhnlichen Staatsbürgern.

Man schreibt uns: In der Neujahrsnummer des „Arbeiterschutz" (Wien) las ich, der gewesene Ministerpräsident Dr. v. Koerber habe während seiner kurzen Regierungszeit an die staatlichen Behörden einen Erlaß gerichtet, worin er ihnen strengste Beobachtung der Gesetze zur Pflicht machte und einschärfte, daß er „tadelloses Benehmen im Verkehr mit jedermann" verlange.

Mit einem Gefühl tiefer Genugtuung besann ich mich, daß Dr. v. Koerber österreichischer Ministerpräsident gewesen war, daß es sich also nur um einen in dem waffenbrüderlichen Nachbarlande zutage getretenen Mißstand handelt, der jene Mahnung veranlaßt hatte. Wir Reichsdeutsche, dachte ich . . . Aber schon las ich weiter:

„Diese Ermahnung sollte eigentlich an alle jene Personen gerichtet werden, die in einem Amte mit Parteien zu verkehren haben. Es muß nicht gerade ein Staatsamt sein. Auch in manchen Versicherungsanstalten kann man oft die Beobachtung machen, daß Beamte mit den Parteien grob und ungeduldig sind. Das scheint ein internationales Übel zu sein, denn auch der Magistrat von Frankfurt am Main sah sich veranlaßt, die städtischen Beamten in einem Erlaß zu belehren, wie sie mit den Parteien zu verkehren haben. Der Erlaß lautet: „Die schwierigen Zeitverhältnisse geben Veranlassung, den Beamten und Angestellten erneut eine freundliche und zuvorkommende Behandlung des die Dienststellen der Stadtverwaltung in Anspruch nehmenden Publikums zur Pflicht zu machen. Wenn wir auch gern anerkennen, daß vielfach in Fällen, die zu Beschwerden führen, die Schuld beim Publikum selbst liegt und daß die Arbeitslast, die durch die Kriegsverhältnisse dem einzelnen auferlegt ist, große Anforderungen an ihre Arbeits- und Nervenkraft stellt, so müssen wir doch darauf bestehen, daß das die Dienststellen der Stadtverwaltung aufsuchende Publikum höflich und zuvorkommend behandelt wird. Vor allem sind Bemerkungen zu vermeiden, die geeignet sind, das Publikum zu reizen oder in Unruhe zu bringen. Mit ganz besonderer Sorgfalt sind alle diejenigen Fälle, in denen Anfragen gestellt werden, zu behandeln, in denen es sich um kinderreiche Familien handelt. Es liegt im staatlichen wie im völkischen Interesse des städtischen Gemeinwesens, wenn von allen Seiten und bei jeder Gelegenheit die Anliegen kinderreicher Familien grundsätzlich mit besonderem Wohlwollen behandelt und, soweit es irgend angängig ist, berücksichtigt werden." — Die Weisungen sollten, wie gesagt, in jedem Amt beherzigt werden. Das ist sehr notwendig. Manche Personen stellen zwar große Ansprüche an die Nerven des Beamten, aber das muß überwunden werden."

Soweit der „Arbeiterschutz". Eine tiefe Niedergeschlagenheit ergriff mich und es lehnte sich etwas in mir auf. Wärs möglich, daß Anlaß zu solcher Mahnung vorlag? In Deutschland, in Preußen?

Schwangerenfürsorge zum Schutze des Kindes.

Der „Zeitschrift für Säuglingsschutz" entnehmen wir aus einem Aufsatze des Stadtrats Dr. Koehler (Leipzig) folgendes: Eine besonders wichtige und allen minderbemittelten Kreisen in gleichem Maße zugute kommende Hilfe ist der Schutz des ungeborenen Kindes durch eine Schwangerenfürsorge. Mancher wird vielleicht zunächst glauben, daß mit solchem Schutz des ungeborenen Kindes zu viel getan werde, daß durch ein solches besonders weitgehendes Entgegenkommen das Gefühl für die eigene Verantwortlichkeit bei den Beteiligten in bedenklicher Weise gemindert werde.

Demgegenüber möchte ich nur folgendes hervorheben! Wie die schwangere Frau der wohlhabenden Kreise jederzeit in der Lage ist, ihren Hausarzt um Rat zu fragen und wie sie dies tun wird, wenn durch die Schwangerschaft ihr Befinden leidet, so soll die unbemittelte Frau des Volkes das gleiche tun können, auch ohne daß ein krankhafter Zustand vorliegt, der ihr zur Inanspruchnahme der Krankenkasse — falls sie einer solchen angehört — Anlaß gibt. Es ist also eine Einrichtung zu schaffen, wo die unbemittelte Schwangere sachkundigen Rat unentgeltlich erhalten kann. Die gegebenen Stellen für diese Ratserteilung sind wohl an den meisten Orten die Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorge-Stellen.

Ferner: da die Schwangere ein zweites Leben in sich trägt, das sie aus sich ernährt, benötigt sie eine besonders gute und kräftige Ernährung, damit ihr Körper dieser doppelten Aufgabe gewachsen bleibt. In allen Fällen, in denen eine Unterernährung der Schwangeren vorliegt oder zu befürchten ist, möchte also durch Abgabe von Nährmitteln dieser Unterernährung vorgebeugt oder abgeholfen werden. Beide Maßregeln, Beratung und Verabreichung von Nährmitteln, sind für die werdenden Mütter und kommenden Kinder von großem Werte und Segen.

In der jetzigen Kriegszeit ist eine solche Hilfe aber besonders erwünscht, einmal grundsätzlich wegen der im Eingange hervorgehobenen Notwendigkeit, gerade jetzt möglichst jedes Leben für das Vaterland zu erhalten, andererseits mit Rücksicht auf die durch den Krieg hervorgerufene Knappheit der Lebensmittel. Gibt man Ernährungsbeihilfen möglichst in Form von Nährmitteln, so hilft man den Schwangeren nicht nur finanziell, sondern man kann ihnen auch Nährmittel verschaffen, die sie jetzt selbst dann nicht erlangen können, wenn ihnen die erforderlichen Geldmittel zur Verfügung stehen.

In Leipzig ist eine Fürsorge für die im letzten Drittel der Schwangerschaft stehenden Frauen (und Mädchen) im Rahmen des städtischen Säuglingsschutzes seit September 1915 eingerichtet, zunächst versuchsweise um festzustellen, ob und inwieweit ein Bedürfnis dafür vorhanden. Eine öffentliche Bekanntmachung ist mit Absicht nicht erlassen worden. Der Besuch der Schwangeren in den Mutterberatungsstellen, die bereitwillig diese neue Arbeit übernommen hatten, war in der ersten Zeit nicht besonders stark. Er nahm aber fortgesetzt zu und diese Zunahme steigerte sich im laufenden Kalenderjahre immer mehr, so daß die für diese Schwangerenfürsorge auf das Jahr 1916 bewilligten Mittel von 15 000 ℳ bereits im ersten Halbjahr verbraucht wurden. Ohne irgend eine Erinnerung wurden

Digitized by Google

hierauf für das zweite Halbjahr weitere 20 000 ℳ nachbewilligt, gewiß ein schönes Zeichen für die soziale Hilfsbereitschaft der Leipziger städtischen Körperschaften, zumal wenn man bedenkt, wie sehr gerade in der jetzigen Kriegszeit die städtischen Mittel für andere unvermeidliche Ausgaben in Anspruch genommen werden.

Die Schwangeren werden nach Feststellung ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse und ärztlicher Prüfung des Ernährungszustandes Ernährungsbeiträge in der Höhe von 2 ℳ wöchentlich gewährt. Zuerst wurde hauptsächlich Geld und nur eine kleine Zugabe von Nährmitteln gegeben, sodann wurden zur Hälfte Nährmittel und zur Hälfte Geld gewährt, neuerdings aber sollen nach Möglichkeit Nährmittel und nur soweit solche nicht zur Verfügung stehen, Geld gegeben werden.

Den Schwangeren ist es bei Benutzung der Einrichtung naturgemäß zumeist um die Erlangung der Ernährungsbeihilfen zu tun, die Verwaltung aber muß ein mindestens ebenso großes Gewicht auf die ärztliche Beratung legen, und zwar schon um deswillen, weil hierbei am ehesten die werdenden Mütter auf den Wert der natürlichen Ernährung ihrer Kinder und auf alles, was sonst ihnen zu wissen not tut, hingewiesen werden können.

Allen Säuglingsschutzes letzter Zweck ist m. E. nicht die Verringerung der Säuglingssterblichkeit an sich; nicht darauf kommt es an, möglichst vielen, wenn auch vielleicht kraftlosen und siechen Geschöpfen das Leben zu erhalten; sondern vor allem gilt es, einen gesunden kräftigen Nachwuchs zu erzielen, Menschen hervorzubringen, die nicht die Krankenhäuser füllen und sich und anderen zur Last sind, sondern solche, die etwas leisten, die der menschlichen Gesellschaft und dem deutschen Vaterlande nützen können. Ist aber auf die Kräftigung des Nachwuchses das größte Gewicht zu legen, so wird wohl niemand, der sich mit Säuglingsschutz ernstlich beschäftigt, bestreiten, daß eine verständige Fürsorge für das ungeborene Kind, für die werdende Mutter, hierbei von außerordentlichem Werte ist.

Zur Frage des Arztsystems bei den Krankenkassen

enthalten die „Unabhängigen Ärztlichen Nachrichten" (Jahrg. 3 Blatt 2 v. 30. 11. 16) zwei Aufsätze, aus denen wir auszugsweise folgendes mitteilen:

I. Unter der Überschrift „Was den Krankenkassen fehlt und nottut" führt Steinhausen aus:

„. . . Das Krankenversicherungsgesetz ist ursprünglich als sozial-politisches Gesetz geschaffen, d. h. es sollte den Zweck erfüllen, der politischen Unzufriedenheit in den minder begüterten Kreisen zu steuern. Die Absicht, der Volksgesundheit zu dienen, hatte man bei Erlaß des Gesetzes wohl nur nebenbei, vielleicht überhaupt nicht. Trotzdem hat sich das Gesetz in hygienischer Richtung weiter entwickelt; hat es doch jetzt sogar Bestimmungen, welche die Kassen ermächtigen, Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten zu ergreifen. Die ungeheuren Verluste an Menschen, welche der Krieg gebracht hat, und ferner wieder etwas Politisches, die Bevölkerungspolitik, werden dazu beitragen, daß das Gesetz immer mehr zu einem bewußt hygienischen wird. Diejenigen politischen Parteien, welche eine solche Weiterentwicklung nicht gern sehen, verhindern oder verlangsamen möchten, dürften von unrichtigen oder unklaren Vorstellungen über das, was Hygiene ist, ausgehen. Sie glauben vermutlich, daß in diesen Begriff die fernliegendsten und kostspieligsten Dinge eingeordnet werden könnten und für die Arbeitgeberschaft unerträgliche Belastungen sich ergeben müßten, wenn man das Gesetz als hygienisches proklamieren wollte. Sie haben so ganz unrecht nicht, denn es gibt neben Unterhygiene und vernünftiger Hygiene noch eine tatsächlich sehr beliebte Spielart, die Überhygiene.

Trotzdem sollten die Kassen jede Angelegenheit prüfen unter Erörterung der Frage, wie ist sie unter vernünftigen hygienischen Gesichtspunkten zu entscheiden. Sie werden stets erfreuliche Erfolge bemerken, wenn sie sich von solchen Erwägungen leiten lassen. Ich will das an dem naheliegendsten Beispiel, der Ärztefrage, erklären. Für jeden logisch geschulten Menschen wird es klar sein, daß bei einem guten System festbesoldeter Ärzte die Vorbeugung von Krankheiten, die schnelle und gründliche Heilung ausgebrochener Erkrankungen wesentlich besser vor sich gehen muß als bei freier Arztwahl unter Privatärzten mit Bezahlung der einzelnen ärztlichen Leistungen. Wenn man sicher gehen will, so kann man die Frage: „Ist das System festbesoldeter Kassenärzte hygienisch besser als die freie Arztwahl, bedeutet es eine hygienisch bessere ärztliche Versorgung des deutschen Volkes?" auch hygienischen Autoritäten zur Erstattung eines eingehenden Gutachtens vorlegen, denn hygienische Lehrbücher behandeln diese Sache noch nicht. Nehmen wir nun an, die Kassen täten dies — und ich rate ihnen dringend dazu —, so würde ein Überhygieniker vielleicht sagen, daß die freie Arztwahl besser wäre. Dann würde ich ihm die Ungereimtheit seines Urteils nachzuweisen haben, und das meines Erachtens leicht können. Alsdann können die Kassen energisch an die Anstellung festbesoldeter Kassenärzte herangehen. Die Regierung kann ihnen nichts in den Weg legen, auch der Leipziger Verband nicht. Er ist matt gesetzt. Sagt er doch selbst so oft, daß ihm so viel an der Besserung der hygienischen Verhältnisse des deutsches Volkes liegt . . .

Die Kassenarztfrage ist, das wird niemand bestreiten, in erster Linie eine hygienische Frage. Man hat sie nur nicht als solche gründlich zu betrachten gewagt. Die Kassen sollten es endlich tun, statt immer nur unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu kritisieren . . ."

II. Unter der Überschrift: „Zur Weiterentwicklung der Kassenarztfrage" bemerkt H. Lieser:

„. . . Es ist nicht zu leugnen, daß die Forderung der freien Arztwahl als Grundsatz auf den ersten Blick gerecht und bestechend wirksam erscheint. Jeder Arbeiter, wer er auch sei, wo und wie er sein Brot verdiene, kann sich den Arzt seiner Wahl und seines Vertrauens nehmen. Das Vertrauen macht ihn schon halb gesund. Und Freiheit ist immer verlockend. —

Die ideale Forderung der freien Arztwahl hat viele, besonders die jüngeren Ärzte, in das Lager des Leipziger Verbandes gezogen; ebenso auch den größten Teil des Publikums, besonders des unkundigen, außerhalb des Kassenwesens stehenden. Daß auch viele der früher festbesoldeten Kassenärzte Anhänger des Leipziger Verbandes wurden und für freie Arztwahl eintraten, ist nicht wunderzunehmen, wenn man an die Behandlung und Bezahlung denkt, die solche Ärzte oft und gar nicht selten von seiten der Kassenvorstände und Kassenmitglieder erfuhren.

Im Jahre 1893 berechnete ich als Honorar für den Einzelfall bei einer Kasse, die eine feststehende Summe, sog. Pauschale zahlte, und fand, daß ich 16 ₰ für die Einzelleistung erhielt; bei einer anderen Kasse, die nach Art der Eisenbahnarbeiterkassen mir 3 ℳ für 300 Arbeitstage des Kassenmitgliedes zahlte, berechnete ich 15 ₰ für die Einzelleistung. Und es war dies noch bei einer Betriebskasse eines Sandsteinbruchs, deren Mitglieder gesundheitlich sehr gefährdet sind. —

Es besteht Gewerbefreiheit. Also auch für den Arzt. Aber ist denn der Arzt Gewerbetreibender?

Wie das Reichsgericht wiederholt ausgesprochen hat,

Digitized by Google

ist der Arztberuf „durch die hervorragende Bedeutung, welche er für das allgemeine Wohl hat, derart, daß er herausgehoben wird aus dem Rahmen des gewöhnlichen Erwerbslebens. Die Stellung des Arztes hat infolge des Interesses der Allgemeinheit an einer guten Gesundheitspflege einen öffentlichen rechtlichen Charakter. Mit dieser Stellung ist es unvereinbar, daß der Arzt seinen Beruf ausschließlich oder auch nur vorwiegend in privatem Interesse ausübt."

Nach dieser reichsgerichtlichen Entscheidung ist also die Förderung des allgemeinen gesundheitlichen Wohlstandes der wichtigste Zweck der ärztlichen Tätigkeit. Folgerichtig müßte auch der Arzt aus öffentlichen Mitteln besoldet werden. Dies geschieht bei den staatlich angestellten Ärzten. Andere um das allgemeine Wohl hervorragend verdiente Ärzte erhalten besondere Zuwendungen, wie Koch, Behring, Ehrlich u. a.

Für die Allgemeinheit der Ärzte ist eine Gebührenordnung, Taxen, staatlich festgelegt.

Mit Fug und Recht verlangen nun die Vertreter der freien Arztwahl, daß diese Gebührenordnung auch bei den Kassenkranken zur Anwendung komme. Die Kassen indes als staatliche Wohlfahrtseinrichtungen verweigern in Hinsicht auf den höheren staatlichen Zweck, dem sie dienen, die Anerkennung der Gebührenordnung, weil ihre Existenz dadurch in Frage gestellt ist.

Die Beweise dafür sind billig und leicht zu führen. Man erinnere sich nur der Eier- und Sektkuren; dann aller möglichen Stärkungs- und Wuchermittel, die der hypochondrische und herzschwache Kranke nötig hat und bereitwilligst vom Arzte verschrieben werden. Auffallend große Summen wurden von einzelnen Kassen angeführt, um die sie geschädigt wurden, damit die Tätigkeit und Einkommen einzelner Kassenärzte gehoben wurden. Zur Einführung der freien Arztwahl waren und sind auch wohl heute noch nicht die Ärzte reif. Und es kann nicht bestritten werden, daß die Einführung der freien Arztwahl mit Zugrundelegung der Gebührenordnung das Bestehen der meisten Krankenkassen in Frage stellen würde. „Es mag manchmal für einen Arzt nötig sein, einen leichtsinnigen Patienten, indem er ihm die Gefahren seines Zustandes recht kräftig ausmalt, erst einmal einen gehörigen Schrecken einzujagen, aber der Teufel hole den Doktor, der grundsätzlich seine Patienten erst hypochondrisch macht, ehe er ihnen was verschreibt." Umgekehrt ist richtig: „man bringt die Menschen vorwärts, indem man den Glauben an ihre Kraft, Gesundheit und Güte in ihnen stärkt," sagt Dr. Fr. in den letzten W. a. M. (v. 2. 10. 16). Bekanntlich hat das Wort Arzt denselben Stamm wie Erzbischof, aber auch wie Erzschelm. Und Kollegialität ist ein Fremdwort. Und die Kollegialität wächst mit dem Quadrate der Entfernung, sagt man in ärztlichen Kreisen. — Unter den Kassenärzten besonders größerer Kassen sind die sogen. Kassenlöwen bekannt, von denen oft einer oder zwei ebenso große ärztliche Arbeit verrichten als zwanzig oder mehr ihrer Kollegen. Dementsprechend ist denn auch ihr Einkommen. Diese anrüchige Riesenhaftigkeit findet sich aber nicht nur bei der freien, sondern auch bei der beschränkt freien Arztwahl, bei festgelegten Gehaltsansprüchen nach dem sogenannten Bonsystem.

Bei der Besoldung festangestellter Kassenärzte zu einem festbestimmten Jahresgehalte ist andererseits aber die Beobachtung gemacht worden, daß ein Arzt ein Gehalt von 6000 *M.* im Jahre bezog und dafür während des Jahres sich so beliebt gemacht hatte, daß er schließlich im Vierteljahr nicht mehr als 16 Kassenmitglieder in Behandlung hatte.

Die Frage der gerechten und billigen Verteilung des ärztlichen Honorars, das regelmäßig verdient ist, ist die eigentliche ärztliche Frage. Eine gerechte und billige, dem Verdienst entsprechende, auf der Gebührenordnung aufgebaute Bezahlung bringt alle Ärzte unter einen Hut.

Daß die Durchführung der freien Arztwahl unter Zugrundelegung der staatlichen Gebührenordnung, das ideale Ziel des ärztlichen wirtschaftlichen Verbandes, möglich ist, hat während des Krieges der G. S. R. Dr. Schröder-Regensburg (Ärztl. Mitt., Organ des L. V. v. 19. 9. 16) gezeigt. Aus seinem ansprechenden Bericht geht hervor, „daß der Arzt außer seinen eigenen auch die Interessen der Kasse zu wahren hat. Zu diesem Zweck hat er sich auf die notwendigen Bemühungen zu beschränken und keine Vielgeschäftigkeit zu treiben." — Die staatlichen Kassen haben sich bisher fast ausnahmslos der Einführung der freien Arztwahl widersetzt; sie haben festbesoldete Ärzte oder eine beschränkte freie Arztwahl mit einer besonderen Gebührenregelung. Den staatlichen Ärzten ist die Mitgliedschaft des Leipziger Verbandes in den meisten Regierungsbezirken untersagt.

Um seine ideal schöne und verlockende Forderung der freien Arztwahl einzuführen, tritt der Ärztering geschlossen den Kassen gegenüber auf. Zu diesem Zwecke müssen seine Mitglieder, die dem Ring angehörenden Ärzte, sich ehrenwörtlich oder vertraglich unter Festlegung einer Konventionalstrafe verpflichten, nur vom Ärztering genehmigte Stellen anzunehmen. Auf diese Weise schafft der Leipziger Verband die durch Verfassung und Gesetze gewährten persönlichen Freiheiten, Freizügigkeit und Gewerbefreiheit aus. In mittelalterlicher Art unter neuer Form, in Gestalt der Cavetetafel, werden widersetzliche Kassen und Orte in Acht und Bann der Ringärzte getan. Der Leipziger Verband ist ein Staat im Staate geworden, der sich über Verfassung und Gesetze übermütig hinwegsetzt. Bei seinen Verträgen mit Krankenkassen schließt er alle Ärzte, die ihm den Tribut der persönlichen Freiheit neben materieller Unterstützung versagen, aus und führt dadurch einen Koalitionszwang ein. Die Anerkennung energischen und zielbewußten Handelns kann ihm nicht versagt werden . . .

Durch den Krieg sind „Umlernen" und „Neuorientierung" Schlagworte geworden. Es wird sich bald fragen, ob die Ärzte nach ihrem 15jährigen Kampfe unter sich und mit den Krankenkassen auch umgelernt haben und ob es zur Einführung freier Arztwahl kommt im Sinne des Ärzteringes oder unter anderen Bedingungen, welche den Arzt nicht zum Heloten seiner Kaste herabwürdigen. Der gesetzgebende Körper wird zu der Besoldungsfrage der Ärzte Stellung nehmen müssen; er wird dazu schreiten müssen, die Reichsversicherungsgesetze durch eine Kassenarztordnung zu ergänzen. — Nach den obenerwähnten Entscheidungen des Reichsgerichts hat der Ärztestand öffentlich-rechtlichen Charakter, haben die Ärzte Funktionen im Interesse der Allgemeinheit an einer guten Gesundheitspflege zu erfüllen. Ich frage: Wo gibt es mit öffentlichen Funktionen betraute Personen, welche diese ihre Tätigkeit nicht nach festgeregelten einheitlichen Vorschriften ausüben müssen? Den Ärzten aber ist es völlig freigestellt — eben mangels einer einheitlichen Ärzteordnung —, ihre öffentliche Tätigkeit im allgemeinen Interesse einer guten Gesundheitspflege so schlecht auszuüben, wie sie wollen. Die kassenärztliche Tätigkeit ist aber heute die Haupttätigkeit der meisten Ärzte. Daher ist eine gesetzliche Kassenarztordnung zur Erzielung einer geregelten und erfolgreichen Arbeit der Ärzte im Dienste der Volksgesundheit eine unabweisbare Forderung. Wenn es weiter im öffentlichen Interesse liegt, daß der Arzt seine Pflichten unabhängig von den wirtschaftlichen Interessen seiner eigenen Person sowohl wie von denen der Kassenmitglieder erfüllt, so tritt eine zweite Forderung hinzu: feste Besoldung der Kassenärzte . . .

Eine Fülle von Aufgaben wird sich dem deutschen Volke aufdrängen, wenn es nach diesem Kriege zur

Digitized by Google

Friedensarbeit zurückkehren wird, um an seiner inneren und äußeren Wiederbelebung zu arbeiten. Vieles wird geschaffen, vieles wird unterlassen werden. Hoffen wir, daß die Kassenarztordnung, deren unbedingte Notwendigkeit diese Zeilen dartun sollten, nicht ausbleibt.

Kantonale Einführung der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht in der Schweiz.*)

Das eidgenössische Versicherungsgesetz enthält für die Industriearbeiter die Unfallversicherungspflicht, aber nur die freiwillige Krankenversicherung. Das Gesetz gibt indessen den Kantonen das Recht, von sich aus die Versicherungspflicht einzuführen, oder aber die Gemeinden dazu zu ermächtigen. Der Kanton Zürich hatte 1914 ein solches Gesetz fertiggestellt, und am 6. September 1914 sollte die erforderliche Volksabstimmung darüber stattfinden, die aber dann auf unbestimmte Zeit verschoben wurde. Nun hat sie am Sonntag, den 10. Dezember stattgefunden und die Annahme des Gesetzes mit 70 061 gegen 18 812 Stimmen gebracht.

Das vorliegende Gesetz umfaßt 29 Paragraphen. Es gibt den politischen Gemeinden das Recht, die allgemeine Krankenversicherungspflicht einzuführen. Benachbarte Gemeinden können sich zu einem Versicherungsverbande vereinigen. Die Regierung kann für die Angehörigen kantonaler Anstalten die Versicherung für verbindlich erklären und selbst öffentliche Kassen einrichten. Das Gesetz bestimmt den Versicherungszwang für alle Familien mit nichtsteuerpflichtigen Kindern, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen 1500 Fr. nicht übersteigt; ferner für alle Einzelpersonen mit Jahreseinkommen von nicht über 1200 Fr. Die Gemeinden können aber die Pflicht zur Versicherung auf Personen ausdehnen, die ein Vermögen bis zu 10 000 Fr. oder ein Einkommen bis zu 3000 Fr. versteuern. Kranke oder Personen in einem gewissen Alter, ferner Ausländer können von der Versicherungspflicht ausgeschlossen werden. Die Versicherung kann privaten anerkannten Krankenkassen oder Verbänden von solchen übertragen werden, zu deren Wirkungskreis die Gemeinde gehört. Gelingt diese Übertragung nicht, so kann die Gemeinde selbst eine oder mehrere öffentliche Krankenkassen gründen, die aber der Anerkennung des Bundesrats bedürfen. Die Versicherung muß wenigstens die ärztliche Behandlung und Arznei umfassen, die Krankenkassen können aber auch Verpflegung in Heilanstalten und Krankengeld in höherem als dem obligatorisch erklärten Betrag gewähren. Wer Mitglied einer anerkannten Krankenkasse ist, gilt als versichert. Es handelt sich eben um den Versicherungszwang und nicht um Zwangskassen. Dagegen haben Personen, die mehr als einer nicht anerkannten Krankenkasse angehören, aus einer derselben auszutreten, da sie nach dem Bundesgesetz nur in zwei Krankenkassen Mitglieder sein dürfen. Die Gemeinden können von den Unternehmern die Krankenkassenbeiträge ihrer Arbeiter vom Lohn abziehen und an die Kasse abliefern lassen. Beiträge, die von Mitgliedern infolge ihrer Dürftigkeit nicht bezahlt werden können, haben die Gemeinden zu bezahlen. Obligatorisch versicherte Mitglieder dürfen nicht wegen der Nichtbezahlung der Beiträge von der Kasse ausgeschlossen werden. Der Kanton leistet den anerkannten öffentlichen Krankenkassen für jede versicherte Person einen Jahresbeitrag von 1 Fr. und an die Beiträge für zahlungsunfähige Mitglieder $^1/_3$ dieser Ausgaben. Die aus diesen Bestimmungen dem Kanton erwachsenen Neuausgaben werden für die ersten zwei bis drei Jahre auf 150 000 bis 200 000 Fr. und für die folgenden Jahre auf 250 000 Fr. jährlich berechnet.

Das Gesetz bringt auch das Schiedsgericht für die Behandlung von Streitigkeiten zwischen den Krankenkassen und Ärzten oder Apothekern; ferner das aus drei Mitgliedern bestehende kantonale Versicherungsgericht. Dessen Präsident beurteilt als Einzelrichter alle Fälle mit einem Streitwert bis zu 300 Fr., das gesamte Gericht alle Fälle mit größeren Streitwerten. Bedürftigen Personen wird unentgeltliche Prozeßführung und ein Rechtsanwalt bewilligt. Gegen die Entscheide des Kantongerichts kann das eidgenössische Versicherungsgericht angerufen werden. Die Stadthalterämter und die Polizei werden zur Mitwirkung bei der Durchführung des Unfallversicherungsgesetzes verpflichtet.

Das alte Polizeigesetz von 1844 über die Krankenversicherung der Handwerksgesellen wird durch das neue Krankenversicherungsgesetz aufgehoben und damit ein Stückchen alter Schutt beseitigt. Da das Gesetz von 1844 zugleich alle Koalitionen der Handwerksgesellen und Fabrikarbeiter verboten hatte, bedeutet die Annahme des Krankenversicherungsgesetzes einen schätzbaren sozialen Fortschritt.

*) Aus der „Sozialen Praxis" v. 4. Januar 1917 (Jahrg. 24 Nr. 14).

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Neuer Versicherungsfall, wenn in der Zwischenzeit nur sorgfältige Pflege erforderlich war.

1. Nach Remscheid. Frage: Ein Arbeiter hatte wegen einer ausgedehnten Hautverdickung an beiden Füßen die volle satzungsmäßige Unterstützung von 26 Wochen in Anspruch genommen. Am 4. Januar 1916 wurde er aus der ärztlichen Behandlung entlassen, weil sich nach Mitteilung des behandelnden Arztes eine völlige Heilung des Leidens voraussichtlich nicht erzielen ließe und es sich hauptsächlich nur um sorgfältige Fußpflege handele. Am 20. Januar 1916 nahm er wegen des alten Leidens neuerdings ärztliche Hilfe in Anspruch. Er selbst erklärte, am 4. Januar 1916 keine Beschwerden mehr gehabt zu haben; später habe sich dann wieder eine Entzündung eingestellt. Ist nach Lage der Sache anzu-

Digitized by Google

nehmen, daß am 20. Januar 1916 ein neuer Pflegefall eintrat, der die Krankenkasse zur Unterstützung verpflichtete?

Antwort: Ein neuer Versicherungsfall, für den die Kasse wieder aufzukommen hätte, liegt dann vor, wenn in der Zwischenzeit weder ärztliche Behandlung noch ein Heilmittel erforderlich und auch Arbeitsunfähigkeit nicht begründet war. Diese Voraussetzungen erneuter Leistungspflicht der Kasse scheinen im vorliegenden Falle gegeben zu sein, wenn nur „sorgfältige Fußpflege" notwendig war; denn diese war Sache des Kranken selbst, nicht der Kasse. Sollte gegen diese Auffassung ein Zweifel aufkommen im Hinblick auf das vom Arzt hinzugefügte Wort „hauptsächlich," so wird sich der Arzt deutlicher aussprechen müssen.

Ersatz der Kosten für Überführung des Kranken aus dem Krankenhause in eine Irrenanstalt.

2. **Nach Witten.** Antwort: Die Kosten der Überführung eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt und die Kosten des erforderlichen ärztlichen Aufnahmezeugnisses sind ein Teil der Kosten der Krankenpflege, werden also, wenn der Armenverband, lediglich infolge seiner gesetzlichen Pflicht zur Unterstützung des Hilfsbedürftigen, die Überführung des Kranken veranlaßt hat, durch den Pauschbetrag aus § 1532 Ziff. 2, § 1503 abgegolten und können nicht daneben besonders zur Erstattung beansprucht werden. Hatte aber die Kasse selbst den Kranken „wegen Geisteskrankheit" einem Krankenhause überwiesen und stellt sich dann die Notwendigkeit der Überführung in eine Irrenanstalt ein, so ist anzunehmen, daß diese Überführung sich im Rahmen des von der Kasse erteilten Auftrages hält und daß die Kasse für die gesamten dadurch notwendig gewordenen Kosten haftet — wenn sie nicht etwa den Auftrag ausdrücklich eingeschränkt hat.

Anspruch eines Kriegsgefangenen auf Krankengeld.

3. **Nach C.** Antwort: Auch ein in der Kriegsgefangenschaft, im Ausland, arbeitsunfähig erkrankter freiwillig Weiterversicherter hat Anspruch auf Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO. Es läßt sich kein gesetzlicher Grund für die Ablehnung dieses Anspruchs finden. Wir setzen selbstverständlich voraus, daß die Mitgliedschaft beim Eintritt des Versicherungsfalls noch bestand (zu vgl. besonders § 314 Abs. 1 RVO).

Verlust der Wählbarkeit eines Kassenausschußmitgliedes — Zur Versicherungspflicht einer Handarbeitslehrerin.

4. **St. 100.** Antwort: a) Das als Arbeitgebervertreter gewählte Ausschußmitglied verliert zwar seine Wählbarkeit, wenn es dauernd keine Versicherten mehr beschäftigt. Damit verliert es aber noch nicht ohne weiteres auch sein Amt, vielmehr muß es dessen erst besonders durch das Versicherungsamt enthoben werden. (§ 24 RVO.)

b) Wenn eine Handarbeitslehrerin wöchentlich zwei Mal je 2 Stunden unterrichtet, so handelt es sich nur um vorübergehende Dienstleistungen und es besteht dann keine Krankenversicherungspflicht, wenn die dafür gewährte Vergütung für den Lebensunterhalt nicht wesentlich ist. Ob diese Voraussetzung bei einer Vierteljahrsvergütung von 40 ℳ erfüllt ist, richtet sich nach der Lebenshaltung und den sonstigen Einkommensverhältnissen der Lehrerin. Im allgemeinen nimmt man an, daß eine Vergütung erst dann für den Lebensunterhalt wesentlich ist, wenn dieser aus ihr zu mehr als einem Drittel bestritten wird. Entsprechendes gilt für die Invalidenversicherung (vergl. Bekanntmachung vom 17. November 1913 in Hahn, Handb. der Kr.-Vers. S. 216 ff., insbesondere Anm. 4 f zu § 168 und Bekanntmachung vom 27. Dezember 1899).

Erlöschen der freiwilligen Versicherung durch Erwerb der Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Kasse.

5. **Nach Saulgau.** Antwort: Durch den Eintritt in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis im Bezirke der Nachbarkasse wurde der Arbeitnehmer, auch wenn er dort nicht angemeldet war, kraft Gesetzes (§ 306 RVO.) Pflichtmitglied der Nachbarkasse. Dies hatte das Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse ebenfalls kraft Gesetzes (§ 312) zur Folge. Nur die andere Kasse ist daher aus Anlaß des eingetretenen Versicherungsfalles leistungspflichtig. Daß Ihre Kasse in Unkenntnis des Sachverhalts die Beiträge noch weiter, und zwar länger als drei Monate hindurch, angenommen hat, ist demgegenüber ohne rechtliche Bedeutung. Die Berufung auf § 213 ist verfehlt. Denn diese Vorschrift setzt voraus, daß sich nach Eintritt des Versicherungsfalls herausstellt, daß die Person nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt gewesen ist; und das trifft nicht zu.

Muß die Kassensatzung für die Beschlußfähigkeit des Ausschusses eine Mindestzahl vorschreiben?

6. **Nach Augsburg.** Antwort: Die Genehmigung der Kassensatzung oder einer Änderung darf nur durch die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts und nur dann versagt werden, wenn die Satzung oder die Änderung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt (§ 324 Abs. 2 RVO). Es besteht aber keine gesetzliche Vorschrift, wonach der Ausschuß nur bei Anwesenheit einer Mindestzahl von Mitgliedern beschlußfähig wäre, und es besteht auch keine Vorschrift, wonach die Satzung eine Bestimmung dieser Art enthalten müßte. Auch die Mustersatzung für Allgem. OKKn. sieht eine solche Bestimmung nicht vor (vgl. § 82 mit § 69 hinsichtlich des Vorstandes). Es handelt sich um eine bloße Frage der Zweckmäßigkeit, und so unzweckmäßig es allerdings auch uns erscheint, von der Bestimmung einer Mindestzahl ganz abzusehen, so darf doch deswegen die Genehmigung nicht versagt werden.

§ 222 Satz 2 RVO. gilt nicht im Falle der Krankenhauspflege.

7. **Nach Namslau.** Antwort: Hat die nach § 219 RVO. ersuchte Krankenkasse Krankenhausbehandlung gewährt, so sind deren notwendige Kosten im vollen Betrage nach § 222 Satz 1 zu erstatten. Der Pauschsatz für Krankenpflege ist in solchem Falle nicht anwendbar (Hahn, Anm. 3 c zu § 222 und die dort angeführten Entscheidungen). Dabei macht es keinen Unterschied, ob die ersuchte Kasse an das Krankenhaus einen einheitlichen Tagessatz, der die Vergütung für ärztliche Behandlung und Heilmittel einschließt, zu zahlen hatte, oder ob das Krankenhaus einen Tagessatz nur für den Unterhalt und daneben die besonderen Kosten für ärztliche Behandlung und Heilmittel berechnet hat. Ebenso ist es für den Erstattungsanspruch der ersuchten Kasse ohne Bedeutung, daß der ersuchenden Kasse, wenn sie selbst Krankenhauspflege veranlaßt hätte, geringere Kosten entstanden wären.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1162 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. Februar 1917 | Heft 4

Kriegshinterbliebenenversorgung und Sozialversicherung[1])

Von Magistratsassessor Albert Meyer in Stettin

Es könnte wundernehmen, daß eine so moderne Ordnung wie das Militärhinterbliebenengesetz, das im Zusammenhange mit einer umfassenden Reform des Militärversorgungswesens erst im Jahre 1907 verabschiedet worden ist, schon bei seiner ersten praktischen Anwendung im großen eine so herbe Kritik erfährt. Sehr bald in diesem Kriege hat man sich davon überzeugt, daß die Kriegshinterbliebenenversorgung nach dem Militärhinterbliebenengesetz nicht nur hinsichtlich des Personenkreises lückenhaft, sondern vor allem durch ihre festen, nach dem militärischen Range abgestuften Renten in sehr vielen Fällen völlig unzureichend ist. Einmütig ist die Forderung erhoben worden, daß bei der Gewährung der Versorgungsgebührnisse das frühere Arbeitseinkommen des Gefallenen gebührend berücksichtigt werden müsse, eine Forderung, der während des Krieges Rechnung getragen wird durch Verleihung von „einmaligen widerruflichen Zuwendungen" aus dem vom Reichstage der Militärverwaltung zum Ausgleich von Härten zur Verfügung gestellten Pensionsfonds.

Mag jene vielbeklagte Unzulänglichkeit des Gesetzes ihre Erklärung in den veränderten Anschauungen und Ansprüchen der Kriegszeit finden oder darin, daß seine Bestimmungen — ebenso wie die des Offizierpensions- und des Mannschaftsversorgungsgesetzes — im ganzen mehr auf die Verhältnisse des Berufssoldaten zugeschnitten sind, daß eine Massenwirkung des Gesetzes auf die soziale Lage von Mannschaften des Beurlaubtenstandes und ihrer Hinterbliebenen in diesem Weltkriege, in dem nur der kleinste Teil der Kriegsteilnehmer dem Berufsheere angehört, zum ersten Male in die Erscheinung tritt, gleichviel, wir stehen vor der Notwendigkeit, das Gesetz in seinen Grundfesten umzubauen. Schon im Hinblick hierauf wird zunächst eine grundsätzliche Erörterung der juristischen Begriffsgrundlagen des Anspruchs der Hinterbliebenen von Nutzen und nicht zu entbehren sein.

1. Rechtsnatur des Versorgungsanspruchs.

Der Anspruch der Hinterbliebenen von Kriegsteilnehmern (ebenso wie derjenige der Kriegsbeschädigten) ist nach geltendem Recht kein Schadenersatzanspruch, sondern ein Pensions-Rentenanspruch; er fußt auf dem Militärdienstverhältnis, auf dem militärischen Range, ist nach dem mili-

[1]) Auszug aus einem in der „Zeitschrift für das Armenwesen" 1916 Heft 7/8 erschienenen Aufsatze „Grundsätzliches über Kriegshinterbliebenenversorgung und -fürsorge". Mitgeteilt mit Erlaubnis des Herrn Verfassers und von Carl Heymanns Verlag in Berlin.

Digitized by Google

tärischen Diensteinkommen abgestuft. Für den Berufsoffizier, den Berufssoldaten und seine Hinterbliebenen ist dies das Gegebene, nicht so für den Mann des Beurlaubtenstandes und die Seinigen. Für sie tritt ein anderer rechtlicher Gesichtspunkt in den Vordergrund: der des Schadenersatzes. Der Versorgungsanspruch der Hinterbliebenen muß bei der gesetzlichen Neuregelung grundsätzlich als Schadenersatzanspruch anerkannt und ausgestaltet werden. Er beruht auf der Tatsache, daß eine Person des Soldatenstandes, sei es in Erfüllung der gesetzlichen Wehrpflicht oder als Kriegsfreiwilliger, verstorben ist infolge einer durch die besonderen Verhältnisse des Krieges hervorgerufenen Dienstbeschädigung[1]) (Schadensursache), daß hierdurch der Ehefrau oder den Kindern dieser Person der ihnen gegen sie zustehende Anspruch auf Gewährung von Lebensunterhalt entzogen worden ist (Schadensfolge).

a) Bürgerliches Recht. — Entschädigungspflichtiges Rechtssubjekt ist das Reich, in dessen Kriegsdienst die Schadensursache entstanden ist, das daher den Geschädigten für die entstandenen Nachteile aufkommen muß. Das bürgerliche Recht (§ 844 Abs. 2 BGB.) legt dem Ersatzpflichtigen im Falle der Verantwortlichkeit für den durch Tötung entstandenen Schaden die Verpflichtung auf, „durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadenersatz zu leisten, als der Getötete während der mutmaßlichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen sein würde". Für diese Unterhaltspflicht gilt im allgemeinen: Der Mann hat der Frau nach Maßgabe seiner Lebensstellung, seines Vermögens und seiner Erwerbsfähigkeit Unterhalt zu gewähren" (§ 1360 BGB.) und — in betreff der Kinder —: „Das Maß des zu gewährenden Unterhalts bestimmt sich nach der Lebensstellung des Bedürftigen (standesmäßiger Unterhalt). Der Unterhalt umfaßt den gesamten Lebensbedarf, bei einer der Erziehung bedürftigen Person auch die Kosten der Erziehung und der Vorbildung zu einem Berufe" (§ 1610 BGB.). Das bürgerliche Recht bemißt also den Unterhalt in der Regel nach der sozialen Lebensstellung des Getöteten, die sich wiederum zumeist auf dessen Einkommensverhältnissen aufbaut. Mit diesen individualistischen Grundsätzen des bürgerlichen Rechts befindet sich der Leitgedanke unserer Kriegshinterbliebenenfürsorge vollkommen in Übereinstimmung, daß nämlich die auf den Unterhalt des Gefallenen angewiesenen Angehörigen in den Stand gesetzt werden müßten, die bisherige Lebenshaltung fortzusetzen, daß ihr Hinabgleiten auf eine tiefere soziale Stufe verhindert, den Kindern eine Erziehung und Ausbildung geboten werden müsse, wie sie ihnen der Gefallene voraussichtlich hätte bieten können.

b) Verwandtschaft mit der Sozialversicherung. — Gegen die ausschließliche Anwendung zivilrechtlicher Grundsätze auf das Verhältnis der Kriegshinterbliebenen zum Reich erheben sich jedoch gewichtige Bedenken. Angesichts der reichen Ernte, die der Kriegstod namentlich auch in den minderbegüterten Schichten unseres Volkes hält, macht sich gebieterisch die Notwendigkeit einer umfassenden sozialen Fürsorge geltend, die von sozialrechtlichen Gedanken beherrscht sein muß, wenn auch der Charakter der Militärversorgung nicht ohne Einfluß auf sie bleiben wird. Ferner aber geht es bei der großen Zahl der Schadensfälle nicht an, die Entschädigungspflicht nach zivilrechtlichen und -prozessualen Grundsätzen mit unbegrenzter Berücksichtigung aller Verschiedenheiten des einzelnen Falles festzustellen, es muß vielmehr einmal mit Durchschnittsmaßstäben für die Schadensberechnung gearbeitet werden (vgl. Blaum, Kriegs-

[1]) § 3 Abs. 1 MVG.: „Als Dienstbeschädigung gelten Gesundheitsstörungen, welche infolge einer Dienstverrichtung oder durch einen Unfall während der Ausübung des Dienstes eingetreten oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse verursacht oder verschlimmert sind."

Digitized by Google

hinterbliebenenfürsorge in der Zeitschrift für das Armenwesen 1916 Heft 5 S. 91), und zweitens muß dies geschehen im Sinne eines gewissen Ausgleichs, der die über eine gewisse Grenze hinausgehenden sozialen Unterschiede bewußt ignoriert.

Schon hieraus ergibt sich unverkennbar eine nahe innere Verwandtschaft des Militärversorgungswesens, der Kriegsbeschädigten- sowohl wie der Hinterbliebenenversorgung, mit dem Versorgungsgebiet der sozialen Versicherung. Diese Verwandtschaft ist wiederum eine besonders enge im Verhältnis zu der sozialpolitischen Unfallversicherung.

Bei den Vorarbeiten für das Mannschaftsversorgungsgesetz insbesondere ist man sich dieser begrifflichen Nähe der bürgerlichen Unfallversicherungsgesetze wohl bewußt gewesen. Beide Gebiete stehen auch miteinander in engster positiv-rechtlicher Berührung. Es sei daran erinnert, daß z. B. nach § 537 Nr. 5 RVO. die Betriebe der Marine- und Heeresverwaltungen der Unfallversicherung unterliegen, daß § 554 RVO. Offiziere und Militärpersonen der Unterklassen wegen der ihnen durch das Offizierspensionsgesetz und das Mannschaftsversorgungsgesetz gewährleisteten gleichwertigen Fürsorge ausdrücklich für versicherungsfrei erklärt, und endlich, daß eben erst eine Landesversicherungsanstalt und ein Oberversicherungsamt übereinstimmend urteilen konnten, die einem Feldbäcker wegen eines Unfalles zugebilligten Militärversorgungsgebührnisse seien eine Unfallrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung, müßten also auf die Invalidenrente angerechnet werden, eine Auffassung, die dann freilich das Reichsversicherungsamt gemißbilligt hat (mitgeteilt von der „Sozialen Praxis").

Geht man dem Wesen beider sozialen Erscheinungen, der Unfallversicherung und der Kriegsrentenversorgung, auf den Grund, so findet man, daß ihre systematische Nebeneinanderstellung viel innere Berechtigung für sich hat.

Auf der einen Seite der Arbeiter, der durch die Notwendigkeit, für sich und die Seinigen den Lebensunterhalt zu erwerben, zur Arbeit in einem für sein Leben und seine Gesundheit besonders gefährlichen Betriebe genötigt wird: Er genießt für seine Person und die seiner Angehörigen Versicherungsschutz gegen die Folgen der ihm zustoßenden Unfälle, er wird beim Eintritt eines Unfalles von seiten der Gemeinschaft der Unternehmer des Gewerbszweiges, der von seiner Arbeitskraft Nutzen zieht, entschädigt. Auf der andern Seite der Mann aus dem Volke, der — zumeist in Erfüllung des gesetzlichen Wehrpflichtzwanges — bei einer „militärischen Unternehmung" (§ 26 MHG.) zu Schaden kommt oder sein Leben verliert; ihn muß das Reich, der Inbegriff der Volksgemeinschaft, für deren Lebensinteressen er seine Gesundheit, seine heilen Glieder, sein Leben geopfert hat, schadlos halten. In beiden Fällen sehen wir eine Verteilung der Gefahr, des Schadens, der Unfallast auf eine leistungsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts, einerseits die Berufsgenossenschaften, Reich, Staat oder Gemeinden als „Träger der Versicherung", andererseits das Reich, die Volksgenossenschaft, als Träger der Versorgung.

Beiden Tatbeständen ist auch ein allgemeiner Unfallbegriff, jedenfalls für die Regelfälle, gemeinsam: Einwirkung eines äußeren, plötzlichen Ereignisses auf den Körper eines Menschen, die Krankheit, Erwerbsunfähigkeit oder Tod zur Folge hat, eine Einwirkung, deren Eintreten ungewiß und unvorhersehbar ist. Wenn der Begriff der Kriegsdienstbeschädigung ein weiterer ist als der des Unfalls nach dem heutigen gesetzlichen Sprachgebrauch (vgl. den in vorstehender Fußnote abgedruckten § 3 MVG.), so ist demgegenüber darauf hinzuweisen, einmal, daß auch die Unfallversicherung gewisse Betriebskrankheiten einschließt (§ 547 RVO.), und zum andern, daß eine verschiedene Behandlung der Folgen von Kriegsdienstbeschädigungen, je

Digitized by Google

nachdem die Ursache ein „eigentlicher" Unfall (etwa ein Sturz mit dem Pferde), eine Kriegsverwundung oder eine Erkrankung ist, jeder Begründung entbehren würde und auch nach den geltenden Militärversorgungsgesetzen nicht stattfindet. Der Kriegsdienst birgt, verglichen mit der Arbeit in einem Gewerbebetriebe, eine eigenartige und vergrößerte Unfallgefahr, da die in ihm vorkommenden Unfälle i. w. S. („Kriegsunfälle") vorzugsweise auf Absicht, auf feindliche Nachstellung zurückzuführen sind, während sie sonst in der menschlichen Unvollkommenheit, mangelnden Schutzeinrichtungen usw. ihre Ursache finden.

Über den „Gegenstand der Versicherung", den Schadenersatz (§ 555 RVO.), ist folgendes zu sagen: Wer als gewerblicher Arbeiter einen Unfall erleidet, wird davon in seiner Berufsstellung, seinem beruflichen Einkommen betroffen; auch der Mann des Beurlaubtenstandes aber, der zum Krüppel geschossen wird, hat daran zeitlebens zu tragen in seinem Zivilberuf, und nicht z. B. als Gemeiner oder als Unteroffizier der Reserve, und von den Hinterbliebenen der Gefallenen gilt das Entsprechende.

Eine grundsätzliche Bevorzugung der Opfer von „Kriegsunfällen" ist durchaus am Platze. Im allgemeinen werden wir dem Manne, der für Dasein und Zukunft seines Volkes, also für unvergleichlich höhere Zwecke als die Blüte eines Gewerbszweiges sein Leben einsetzt, vom sittlichen Standpunkte aus ein höheres Verdienst zuerkennen als demjenigen, der in Erfüllung des gewerblichen Arbeitsvertrages körperlichen Schaden nimmt: deswegen trifft aber auch hier die Gesellschaft in viel höherem Grade die sittliche und rechtliche Verpflichtung, die Folgen gutzumachen, dem Betroffenen und seinen Hinterbliebenen die weitestgehende Hilfe angedeihen zu lassen.

Für unsere „zivilistische" Betrachtungsweise erscheint so die Kriegsrentenversorgung gewissermaßen als eine einzige, große, reichsgesetzliche Versicherung auf Gegenseitigkeit gegen die Folgen von Kriegsunfällen, wie man etwa die Kriegsfamilienunterstützung als eine ebensolche Versicherung gegen die durch Dienstleistung im Heere bedingte Arbeitslosigkeit ansprechen kann. In jedem Falle aber wird eine so weitreichende Übereinstimmung der tatsächlichen und begrifflichen Grundlagen der sozialpolitischen Unfallversicherung auf der einen, der Kriegsrentenversorgung auf der anderen Seite bei der Neuorientierung dieses Gebiets notwendig zu einer gewissen Annäherung an die Unfallversicherung führen.

2. Bedeutung der Verwandtschaft mit der Sozialversicherung im allgemeinen.

Hiervon abgesehen aber scheint mir gerade die bewußte Betonung dieses Zusammenhanges auch ungemein fruchtbringend für die Weiterentwicklung des Militärversorgungswesens. Nicht allein werden versicherungstechnische Rechnungsmethoden im gesamten Militärrentenwesen ausgiebig zur Anwendung gelangen müssen, die heute noch aufrechterhaltene Unterscheidung zwischen Feld- und Besatzungsheer hinsichtlich der Versorgungshöhe wird — was auch im Zuge der rechtsgeschichtlichen Entwicklung liegt (vgl. Olshausen Anm. 1 zu § 19 MHG.) — fallen müssen, vor allem aber melden sich eine ganze Reihe von Rechtsgedanken und -instituten der sozialen Versicherungsgesetzgebung mit dem Anspruch auf Prüfung, ob ihre Verwirklichung auch auf dem Schwestergebiete möglich, zweckmäßig, ja notwendig ist.

Da ist zuvörderst eben jene Forderung, daß das Arbeitseinkommen der Rentenbemessung zugrunde gelegt werden müsse; sie bedeutet nichts anderes als die Übertragung eines der Grundgedanken der Unfallversicherung auf das Gebiet der Kriegsrentenversorgung (vgl.

Digitized by Google

§§ 563 ff., 588 RVO.). Da ist weiter die Frage, inwieweit und in welcher Art den Kriegsbeschädigten etwa ein Rechtsanspruch auf Krankengeld (§ 558 Ziff. 1 RVO.) eingeräumt werden müßte, ferner die schon in Anregung gebrachte Umwandlung der Renten Trunksüchtiger in Sachleistungen (§§ 120 f.), die Frage einer erweiterten Übertragbarkeit und Pfändbarkeit der Rentenansprüche (§ 119), das Problem der Einführung von Kinderzuschußrenten wie bei der Invalidenversicherung (§ 1291), die schwierige Frage der Voraussetzungen und des Umfanges der Ersatzansprüche von Armenverbänden usw., die kraft gesetzlicher Pflicht einen Hilfsbedürftigen unterstützt haben (§§ 1531 f.), ein eigenes Kapitel, das den Armenverwaltungen dringend zur Beachtung empfohlen werden sollte, und letzten Endes die Frage der Ordnung des Feststellungs- und Entscheidungsverfahrens.

Alles dies sind nur Beispiele. Sie zu vervollständigen und weiter auszuspinnen, liegt — abgesehen von grundsätzlichen Fragen der Rentenversorgung — nicht im Rahmen dieser Arbeit. Es genügt hier, die Wesensverwandtschaft aufzuzeigen, darauf hinzuweisen, daß wir in der Sozialversicherung eine Fundgrube von Anregungen für die bevorstehende gesetzliche Neuordnung besitzen, wobei es sich von selbst versteht, daß nicht eine mechanische Verpflanzung der Grundsätze der bürgerlichen Unfallversicherung stattfinden kann.

3. Gesichtspunkte für die künftige Gestaltung der Kriegsrentenversorgung.

Rentenbemessung. — Über die Höhe der nach dem Arbeitseinkommen abzustufenden Renten sei folgendes bemerkt. Die Unfallversicherung ist nach dem Kreise ihrer Versicherten nicht nur eine Arbeiter-, sondern zum großen Teile auch eine Angestelltenversicherung, da sie Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker bis zu 5000 ℳ, ja noch höherem Jahresarbeitsverdienst umfaßt. Im Hinblick auf die Höhe ihrer Entschädigungssätze wird man sie jedoch schwerlich als vollwertige Angestellten-Unfallversicherung ansprechen können, da der 1800 ℳ übersteigende Teil des Jahresarbeitsverdienstes nur zu einem Drittel berücksichtigt wird und die „Vollrente" überdies allgemein nur zwei Drittel des Arbeitseinkommens beträgt. Eine so starke Einschnürung des Grundsatzes der Bemessung nach dem Arbeitseinkommen ist natürlich für die Kriegsrentenversorgung als schwere Benachteiligung der höheren Einkommensstufen unbedingt abzulehnen, ebenso die karge Bemessung der Witwen- und Waisen-Unfallrente (Witwe und Waise je $^1/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes bei Berücksichtigung der 1800-ℳ-Grenze, zusammen nicht über $^3/_5$).

Daß es gerechtfertigt ist, die Kriegsbeschädigten und -hinterbliebenen in allen diesen Beziehungen besser zu stellen als die Unfallrentner, ist bereits ausgeführt. Für sie muß eine Rentenentschädigung gefordert werden, die der wirklichen Schadenshöhe ungefähr entspricht. Es kann hier auf die Ergebnisse der eingehenden und interessanten Untersuchung von Blaum (vgl. a. a. O. S. 92—103) verwiesen werden. Blaum will den Prozentsatz der Hinterbliebenenbezüge, den „Schadensanteil" an dem Arbeitseinkommen des Gefallenen, nach den drei Haupteinkommensstufen 0—1500 ℳ, 1501—2500 ℳ, 2501—5000 ℳ, nach oben hin abnehmend, staffeln. Fraglich und vor allem wohl eine Frage der Finanzlage des Reiches beim Friedensschluß wird es aber doch sein, ob nicht eine stärkere Abflachung des Schadensanteils mit steigendem Arbeitseinkommen, ein größerer Ausgleich innerhalb der sozialen Schichten stattfinden soll. Ein Erfordernis sozialer Gerechtigkeit ist auf alle Fälle die Einführung einer obersten Grenze des bei der Rentenbemessung zu berücksichtigenden Arbeitseinkommens. Es

Digitized by Google

dürfte sich empfehlen, mit Blaum die 5000-ℳ-Grenze der Angestellten- und der Unfallversicherung zugrunde zu legen; darüber hinauszugehen, würde dem sozialen Empfinden widerstreiten, das eine so absolut ungleiche Entschädigung für die Hinterbliebenen der für dieselbe Sache gefallenen Männer als eine unbillige Zurücksetzung der minderbemittelten Kreise mißbilligen würde. . . .

4. Militärversorgungswesen und soziale Fürsorge.

Die neue Zeit drückt auch dem Militärversorgungswesen ihren Stempel auf. Die bisherige Militärrentenversorgung stand abseits von aller kommunalen und privaten Wohlfahrtspflege, ohne Fühlung mit den Organen der sozialen Fürsorge. Der Krieg hat die Kriegsbeschädigtenfürsorge geschaffen, und jetzt ist eine weitausschauende soziale Kriegshinterbliebenenfürsorge im Werden. In Preußen macht die Rundverfügung des Ministers des Innern vom 5. Mai 1916 (III. 600. I.) es den Kreisen und Gemeinden zur Pflicht, Fürsorgestellen für bedürftige Kriegshinterbliebene einzurichten, die, bei freiester Ausgestaltung im einzelnen, soziale Fürsorge in fortgeschrittenem Sinne unter Zusammenfassung aller örtlichen Bestrebungen einschlägiger Art üben sollen.

a) Mitwirkung der Fürsorgeämter. — Richtunggebend für die Wirksamkeit dieser „mit behördlicher Autorität und öffentlichem Glauben" ausgestatteten örtlichen „Fürsorgeämter" ist einmal die Einführung der mehrfach erwähnten einmaligen Zuwendungen zum Ausgleich von Härten der gesetzlichen Hinterbliebenenversorgung (der Vorläufer der gesetzlichen Zusatzrenten), für deren Verleihung vom Kriegsministerium ausführliche Grundsätze ausgearbeitet sind, und zweitens die „Nationalstiftung für die Hinterbliebenen der im Kriege Gefallenen".

Hier interessiert zunächst die Mitwirkung der Fürsorgeämter bei jener erweiterten, verbesserten Militärrentenversorgung. Bereits der Kriegsministerialerlaß vom 7. Januar 1916 (vgl. 2. Heft Schriften des Arbeitsausschusses der Kriegerwitwen- und -waisenfürsorge S. 78) hat die Fürsorgestellen für das Gebiet der „Zuwendungen und Unterstützungen" als organische Einrichtung der Kriegsversorgung anerkannt. Wir gewahren daher bereits an vielen Orten ein ersprießliches Zusammenarbeiten der örtlichen Organe gemeindlicher Fürsorge mit den zuständigen Militärversorgungsbehörden eines größeren Bereichs, insbesondere den Intendanturen, das den Keim zu weiterer Entfaltung, zur Begründung eines Verhältnisses von dauerndem Bestande in sich trägt. Die ausführliche Rundverfügung des Ministers des Innern vom 5. Mai 1916 bemerkt hierüber:

„Im Bereiche der Versorgungsgesetzgebung kommen als solche (d. h. als wichtigste Aufgaben der Hinterbliebenenfürsorge) namentlich die Hilfeleistung bei der Stellung von Anträgen sowie bei der Beschaffung der nötigen Belege und sonstigen Unterlagen in Betracht, außerdem aber auch die für die Entscheidungen der Behörden notwendige Ermittlung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und die Erstattung von Berichten hierüber. Eine solche Klarstellung der Einkommens- und Lebensverhältnisse ist namentlich für diejenigen Bezüge von besonderer Bedeutung, die nach freiem Ermessen zugebilligt oder versagt werden können. (Vgl. z. B. §§ 9, 11, 17, 22, 26, 27, 34, 43 MHG. und die Unterstützungen zum Ausgleich von Härten aus dem allgemeinen Pensionsfonds Kap. 84 a des Reichshaushalts.) Bei der Prüfung derartiger Anträge, deren Entscheidung von grundlegender Bedeutung für die wirtschaftliche Lage der Hinterbliebenen ist, sind die Militärbehörden zur Zeit im wesentlichen auf die Inanspruchnahme polizeilicher Hilfe angewiesen, es liegt aber auf der Hand, daß zur Beurteilung der

Digitized by Google

dabei in Frage kommenden Verhältnisse die polizeilichen Organe nicht immer die wünschenswerte Eignung und Sachkenntnis besitzen. Eine örtliche Amtsstelle, welche die Fürsorge für die Hinterbliebenen zur besonderen Aufgabe hat, würde diese Ermittlungen durch die Heranziehung geeigneter Helfer in schonenderer Weise ausführen und in vielen Fällen zutreffendere und bessere Auskünfte erteilen können."

b) Fürsorgeamt und Versicherungsamt. — Bei Betrachtung dieser Aufgaben der Fürsorgeämter drängt sich wieder der Vergleich mit einer verwandten Erscheinung der Sozialversicherung auf: Das Versicherungsamt der Kreise und größeren Gemeinden. Bei dem neuen Fürsorgeamt wie beim Versicherungsamt handelt es sich um eine örtliche Instanz, die zu vorbereitender Mitarbeit, d. h. zu beratender, vermittelnder, klärender, vorprüfender und begutachtender Tätigkeit berufen ist. Dem Fürsorgeamt wird durch die Novelle zum Militärhinterbliebenengesetz seine Stelle im Rentenbewilligungsverfahren — im Sinne einer obligatorischen Mitwirkung (Anhörung) — anzuweisen sein. Dabei werden seine Befugnisse über den jetzigen, offenbar zu engen Rahmen hinaus zu verallgemeinern sein, insbesondere wird ihm ein Vorschlagsrecht in solchen Fällen einzuräumen sein, in denen das Gesetz dem Ermessen der Bewilligungsbehörde Spielraum läßt. Die Intendanturen könnten dabei — ähnlich wie die Versicherungsträger der Unfall- und Invalidenversicherung — verpflichtet werden, den Antragstellern von einem abweichenden Gutachten des Fürsorgeamts Kenntnis zu geben.

Den Fürsorgeämtern müßten sämtliche für Hinterbliebene ihres Bezirks bewilligten Rentenbezüge mitgeteilt, ihnen das Recht zur Einsichtnahme der Rentenversorgungsakten sowie die Befugnis eingeräumt werden, eine Art Anwalts- oder Beistandstätigkeit zur Vertretung der Sache des Antragstellers — ohne strenge Bindung an das Parteiinteresse — zu entfalten, sofern nach ihrer Überzeugung die Entscheidung der Intendantur den Erfahrungen der sozialen Fürsorge nicht gerecht wird. Bei verständiger und maßvoller Handhabung dieser Befugnis könnten sie zumal auf dem Gebiet der Kriegsbeschädigtenversorgung segensreich wirken, verderblicher Rentensucht entgegentreten, die Arbeitsbeschaffung in den Vordergrund stellen.

5. Zuständigkeit für die Feststellung der gesetzlichen Versorgungsgebührnisse. Intendanturen.

Bei diesen Ausführungen ist stillschweigend davon ausgegangen, daß es bei der jetzigen Zuständigkeit der Militärbehörden zur Feststellung der gesetzlichen Renten auch späterhin verbleibt. Blaum (a. a. O. S. 90, 106 f.) will dagegen die Feststellung, Anweisung und Auszahlung der Hinterbliebenenrenten den Ortsausschüssen (Fürsorgestellen, Gemeindekassen) anvertraut wissen; den Militärbehörden sei ausschließlich die Entscheidung der Frage, ob der Tod die Folge einer Kriegsdienstbeschädigung ist, vorzubehalten, alles übrige sei Sache der sozialen Fürsorge und ihrer Organe.

Für eine so radikale Neuerung besteht kein Bedürfnis, im Gegenteil, eine solche Verteilung der Geschäftskreise würde dem System der sozialen, insbesondere der so nahe verwandten Unfallversicherung zuwider sein. Der Militärfiskus ist der natürliche Träger der Schadenslast, in seinem Betriebe sind die Schäden entstanden, die Renten bilden eine langdauernde Belastung seines Haushalts. Hiernach versteht es sich — schon gleichsam a priori — von selbst, daß die Feststellung der Schadensursache, ihres Charakters als Dienst- und als Kriegsdienstbeschädigung sowie die Feststellung und Anweisung der Rentenentschädigung zunächst, vorbehaltlich ordnungsmäßiger Nachprüfung durch unparteiische Spruchbehörden, Sache der

Digitized by Google

zur Vertretung des Reichsmilitärfiskus berufenen Behörden ist. Die Intendanturen sind die „Sektionen" der Reichsberufsgenossenschaft, die „Ausführungsbehörden" (§ 892 RVO.) des Reiches als Trägers der reichsgesetzlichen Kriegsunfallversicherung.[1])

Für die Beibehaltung dieses Zustandes spricht aber vor allem die Erwägung, daß, wie oben ausgeführt, die Durchführung der gesetzlich geordneten Rentenversorgung ganz überwiegend Verwaltungsarbeit, Anwendung der Gesetzesparagraphen auf den Einzelfall ist und sein muß; die Sammlung der Rentenanträge aus einem größeren Bezirk, dem Korpsbezirk, und die Rentenfestsetzung und Anweisung, Statistik und Rechnungswesen, alle diese Dinge haben mit pflegerischer Arbeit wenig zu tun, können unbedenklich und müssen meines Erachtens den Militärbehörden überlassen werden. In den Ausnahmefällen eines behördlichen Ermessens bei Festsetzung gesetzlicher Bezüge wird durch eine gutachtliche Mitwirkung des Fürsorgeamts den sozialen Gesichtspunkten genügend Rechnung getragen sein.

Ergibt sich uns so das Fürsorgeamt als Typus der vorbereitenden und begutachtenden, die Intendantur als derjenige der feststellenden und anweisenden Behörde der gesetzlichen Kriegshinterbliebenenversorgung, so ist die Ausgestaltung des übrigen Behördenorganismus nach dem Vorbilde der Sozialversicherung naheliegend.

6. Entscheidungsverfahren in Militärversorgungssachen.

a) Ordentliche Gerichte oder Spruchbehörden der Reichsversicherung?

— Nach geltendem Recht ist den Versorgungsansprüchen der Offiziere, Mannschaften und ihrer Hinterbliebenen der Rechtsweg in Gestalt der Klage gegen die zuvor entscheidende oberste Militärverwaltungsbehörde des Kontingents eröffnet; die Landgerichte sind ohne Rücksicht auf den Streitwert ausschließlich zuständig, es kann also in allen Fällen Revision an das Reichsgericht eingelegt werden. Ohne der Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte zu nahe zu treten, wird man doch jetzt die Frage aufwerfen müssen, ob überhaupt der langwierige und kostspielige Rechtsweg mit seinem Anwaltszwang und sonstigen Formerschwernissen für die Verfolgung der Versorgungsansprüche aus einem sozialen Fürsorgegesetz noch als der richtige angesehen werden kann. Man mag der theoretischen Konsequenz aus der Verwandtschaft des Rechtsstoffes mit dem der Unfallversicherung wenig Gewicht beimessen und wird doch zugeben müssen, daß die eigenartigen, spezialistischen Vorzüge der Rechtsprechung der Oberversicherungsämter und namentlich des Reichsversicherungsamts gerade diese Behörden für die Erörterung wichtiger Fragen auch der Kriegsrentenversorgung vorzugsweise geeignet erscheinen lassen. Über grundlegende Fragen, wie etwa den Begriff des Unfalls, die Betriebszugehörigkeit, den ursächlichen Zusammenhang mit der Gesundheitsschädigung, die Verschlimmerung eines vorhandenen Leidens durch Unfall, die Ermittlung des Grades der Erwerbsbeschränkung und die Feststellung des Arbeitseinkommens, haben sich in der Rechtsprechung dieser Behörden bereits in Fülle feste Grundsätze herausgebildet, die notwendig auch auf dem Gebiet der Militärversorgung zur Anwendung kommen müssen. Beiläufig erwähnt sei, daß nach der Begründung zum Mannschaftsversorgungsgesetz sich die Grundsätze bei der Entscheidung über den Grad der Erwerbsunfähigkeit nach dem Gebrauch in der bürgerlichen Unfallversicherung richten sollten (vgl. Kommentar von Siber Anm. 8 zu § 4).

[1]) Für die Rentenversorgung der Kriegsbeschädigten sind sie es zur Zeit nicht (Instanzenzug: Truppenteil bzw. Bezirkskommando, Generalkommando, Kriegsministerium), es wird sich aber fragen, ob man bei der Neuregelung nicht auch hinsichtlich des Verfahrens zusammenfügen sollte, was sachlich zusammengehört.

Digitized by Google

So scheinen mir nicht nur theoretisch-systematische, sondern mehr noch praktische Erwägungen für die Hinüberleitung der Kriegshinterbliebenenversorgung, auch hinsichtlich des Behördenkörpers und des Verfahrens, auf das Gebiet der Sozialversicherung zu sprechen.

Daß der Militärfiskus vor den Oberversicherungsämtern und dem Reichsversicherungsamt Recht nimmt, ist nichts Neues; er muß es als Versicherungsträger in der Person seiner Ausführungsbehörden ohnehin tun, wenn in seinen Betrieben Personen, die nicht zum Soldatenstande gehören, durch Unfall zu Schaden kommen (§ 537 Nr. 5 RVO.), so daß es sich jetzt nur um eine Ausdehnung dieser Zuständigkeit handelt.

Den eigenartigen Verhältnissen des Militärdienstes einerseits, den Forderungen einer weitherzigen und zielbewußten Kriegshinterbliebenenfürsorge andererseits müßte Rechnung getragen werden durch zweckentsprechende Ausgestaltung der Beschluß- und Spruchkammern und -senate, etwa durch deren Besetzung mit Vertretern der Militärverwaltung und mit Persönlichkeiten aus dem Arbeitsgebiet der sozialen Fürsorge.

Mit dieser Neuordnung ergibt sich in zwangloser Weise ein Aufbau des Verfahrens, der demjenigen der Sozialversicherung vollkommen entspricht: Gemeindliches Versorgungs- (Fürsorge-) Amt mit wesentlich vorbereitenden Befugnissen, Intendantur als Ausführungsbehörde des Versorgungsträgers, Oberversicherungsamt als entscheidende Beschluß- und Spruchbehörde erster Instanz, Reichsversicherungsamt als Beschluß- und Spruchbehörde höchster Instanz. Dem Reichsversicherungsamt fiele die Aufgabe zu, die Rechtseinheit zu wahren; man sollte daher den Rekurs so wenig wie möglich einengen, um die Rechtsfindung in diesen neuartigen Verhältnissen nicht zu behindern.

b) Verstärkung der Rechtsgarantien. — Bei der Neugestaltung des Verfahrens wird zugleich auf eine Vermehrung der Garantien für eine sachgemäße Behandlung der Rechtsansprüche Bedacht zu nehmen sein. Wichtige Teile des Entscheidungsstoffes dieser Ansprüche sind zur Zeit noch von der Erörterung auf dem Rechtswege ausgeschlossen. Während das Mannschaftsversorgungsgesetz zwar die Beurteilung des Grades der Erwerbsbeschränkung den Gerichten preisgibt, ist der gesamten Offiziers-, Mannschafts- und Hinterbliebenenversorgung gemeinsam der Ausschluß des Rechtsweges über die Frage, ob eine Gesundheitsstörung als Dienstbeschädigung anzusehen ist, ob die Dienstbeschädigung durch den Krieg hervorgerufen ist und ob der Tod mit den Folgen einer Dienstbeschädigung zusammenhängt. Bei der gesetzlichen Neuregelung wird zu prüfen sein, ob wirklich militärische Interessen eine so einschneidende Beschränkung der Rechtsverfolgung unvermeidlich machen. Bei Hinzuziehung militärtechnischer Sachverständiger, bei angemessener Berücksichtigung der in den militärärztlichen Gutachten enthaltenen Gesichtspunkte, bei Einführung geeigneter Schutzmittel zur Wahrung der Disziplin und des Dienstgeheimnisses dürfte es möglich sein, auch jene bisher dem ausschließlichen Befinden des Drei-Männer-Kollegiums der obersten Militärverwaltungsbehörde (vgl. § 36 MHG.) vorbehaltenen Fragen ohne Schaden für militärische Interessen, aber mit besserer Aussicht für eine gänzlich unabhängige Rechtsprechung den höheren Spruchbehörden der Reichsversicherung, zumal in ihrer besonderen Ausgestaltung für Militärversorgungssachen, zu überliefern....

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** vom 11. Januar 1917 (RGBl. S. 39)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Der in der Bekanntmachung, betreffend die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung, vom 18. April 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 321) bestimmte Zeitpunkt, bis zu welchem die Amtsdauer der Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber und der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern sowie der nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter längstens erstreckt worden ist, wird auf den Schluß des Kalenderjahrs festgesetzt, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

Pauschbeträge der Versicherungsträger bei den Oberversicherungsämtern

Erlaß der **preußischen Minister** vom 22. Dezember 1916 (HMBl. 1917 S. 11).

Durch Erlaß vom 24. April 1914 (HMBl. S. 211) ist bestimmt worden, daß die Versicherungsträger nicht verpflichtet sind, für die vom Reichsversicherungsamte zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückverwiesenen Spruchsachen einen doppelten Pauschbetrag zu entrichten. Die Einziehung eines doppelten Pauschbetrags hat ebenfalls zu unterbleiben, wenn Spruchsachen, die an den Versicherungsträger zurückverwiesen sind, das Oberversicherungsamt zum zweiten Male beschäftigen, und ferner, wenn das Oberversicherungsamt gemäß § 1608 Abs. 2 RVO. das Verfahren an sich zieht.

Ausschließung des Vorsitzenden des Spruchausschusses (§ 1641 Ziff. 5 RVO.) — Anzeigenwerber (Akquisiteur) als selbständiger Agent.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Lüneburg** vom 12. Dezember 1916 (K. 16/13).

Die Entscheidung des Versicherungsamts wurde in formeller und sachlicher Beziehung angefochten. Es wird bemängelt, daß der stellvertretende Vorsitzende des Versicherungsamts, Magistratssekretär H. den Vorsitz geführt habe, obwohl er als Angestellter der Stadt H. ausgeschlossen gewesen sei. Die Entscheidung des Spruchausschusses lasse ferner nicht erkennen, aus welchen Erwägungen der Spruchausschuß zu seinem Urteil gekommen sei.

In sachlicher Beziehung wird in erster Linie geltend gemacht, daß F. nicht Handlungsgehilfe, sondern selbständiger Kaufmann sei, sowie ferner, daß sein Verdienst mehrmals 2500 *M.* im Jahre betragen habe.

Die formellen Einwendungen konnten als begründet nicht anerkannt werden. Gemäß § 1641 Ziff. 5 der RVO. ist von der Mitwirkung im Spruchausschusse ausgeschlossen, wer in der Sache als Bevollmächtigter oder Beistand einer Partei zugezogen oder als ihr gesetzlicher Vertreter aufzutreten berechtigt ist, oder gewesen ist. Der Magistratssekretär H. mag als Angestellter der Stadt H. auch mit Armensachen beschäftigt sein, als gesetzlicher Vertreter des Ortsarmenverbandes H. aufzutreten, ist er jedoch in keiner Weise berechtigt. Ausgeschlossen von einer Mitwirkung im Spruchausschusse war er also nicht. Eine andere Frage ist es, ob er gemäß § 1643 a. a. O. wegen Befangenheit abgelehnt werden konnte. Eine derartige Ablehnung hätte jedoch vor Einlassen auf die mündliche Verhandlung, spätestens aber vor Schluß der mündlichen Verhandlung in erster Instanz geltend gemacht werden müssen. Nachdem dies nicht geschehen ist, kann nachträglich in der Berufungsinstanz das Urteil aus diesem Grunde nicht mehr angefochten werden.

Was den zweiten formellen Einwand der Berufung anlangt, so nimmt das Urteil des Spruchausschusses auf die Gründe des Vorbescheides Bezug und macht sie zu den seinigen. Das genügte der Ortskrankenkasse gegenüber, der der Vorbescheid zugestellt war. Die Firma W. indessen war erst nach Erlaß des Vorbescheides beigeladen worden und kennt den Wortlaut des Vorbescheides nicht. Ihr hätte also gleichzeitig mit dem Urteile des Spruchausschusses der Vorbescheid zugestellt werden müssen. Ob dieser Mangel des Verfahrens wesentlich genug war, um eine Zurückverweisung an die erste Instanz zu rechtfertigen, konnte dahingestellt bleiben, da das Oberversicherungsamt aus sachlichen Gründen zur Aufhebung des angefochtenen Urteils und zur Abweisung des Klägers gelangte.

Der Krankenversicherungspflicht des § 165 der VRO. unterliegen im Kaufmannsgewerbe nur Handlungsgehilfen und -Lehrlinge, d. h. Beschäftigte in abhängiger Stellung, nicht dagegen selbständig Erwerbstätige. Ein persönliches und wirtschaftliches Abhängigkeitsverhältnis, wie es sonst zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu bestehen pflegt, hat das Oberversicherungsamt in diesem Falle zwischen dem F. und der Verlagsfirma W. nicht feststellen können und zwar im Wesentlichen aus folgenden, auch von den Berufenden geltend gemachten

Digitized by Google

Erwägungen. F. erhielt kein festes Gehalt, sondern nur Provision, wurde also lediglich nach dem Ergebnis seiner Arbeit bezahlt. Ihm war gestattet, auch für andere Firmen oder Unternehmungen tätig zu sein. Wenn auch die ihm von der Firma W. zugestellte Instruktion einen sehr ins Einzelne gehenden Arbeitsplan enthält, der anscheinend für andere Tätigkeit keinen Raum läßt, so behält sie doch immer den Charakter einer Anleitung, einer Beratung, welcher der Beratene nachkommen kann, aber nicht muß. Die Firma hat natürlich ein Interesse daran, möglichst viele Annoncen vermittelt zu erhalten. Geschieht dies, so wird die Firma schwerlich untersuchen, ob nach ihm, oder nach den eigenen Arbeitsplänen der Akquisiteur gearbeitet hat. Wie bei jedem Agenten, findet auch bei einem Annoncenakquisiteur eine gewisse Kontrolle statt, doch kann der Akquisiteur im Wesentlichen die Zeit seiner Tätigkeit selbst bestimmen und es ist ihm an sich unbenommen, nebenher auch für andere Unternehmungen tätig zu sein. Inwieweit er von dieser Befugnis tatsächlich Gebrauch macht, ist unerheblich. Übrigens hat im vorliegenden Fall F. selbst zugegeben, in einzelnen Fällen unmittelbar für die Zeitung Inserate vermittelt zu haben. Daß die Firma bei Anstellung der Akquisiteure die Absicht hat, Handlungsagenten und nicht Gehilfen anzustellen, geht auch aus den gedruckten Bedingungen hervor, welche jedem Bewerber vor der Anstellung ausgehändigt werden. Von welchen Gründen sich die Firma hierbei leiten läßt, ist ohne Belang. Auch auf die Behauptung des F., daß in dem Geschäfte des Verlages schwer faßbare Praktiken üblich seien, braucht hier nicht weiter eingegangen zu werden. Bei dieser Sachlage und mit Rücksicht ferner darauf, daß eine Kündigung nicht vorgesehen war und F. seine Geschäftsunkosten, abgesehen von dem einmaligen Ersatz an Reisekosten bei dem Wechsel des Arbeitsgebiets, selbst trug, ist das Oberversicherungsamt zu der Überzeugung gekommen, daß F. nicht als Handlungsgehilfe, sondern als Handlungsagent anzusehen ist, und der Krankenversicherung nicht unterliegt. Da er somit keine Ansprüche an die Krankenkasse zu machen hat, entfällt auch der Ersatzanspruch des klagenden Ortsarmenverbandes.

B. Zur Krankenversicherung.

Einführung höherer Kassenleistungen während des Krieges.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 16. September 1916 (2276 Amtl. Nachr. 1916 S. 754).

Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Stadtbezirk St. J. hat für die Dauer des Krieges die Zubilligung von Krankenkost im Sinne des § 193 Abs. 2 RVO. beschlossen und beim Versicherungsamte beantragt, gemäß § 1 Abs. 2 des Gesetzes, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337, Amtl. Nachr. 1914 S. 628) die Zubilligung der Krankenkost zu verfügen. Das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) hat abgelehnt, dem Antrag stattzugeben, solange nicht nach § 193 RVO. die Einführung der Krankenkost durch die Satzung erfolgt ist. Auf die rechtzeitig erhobene Beschwerde der Kasse hat das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Sache nach §§ 1799, 1693 an das Reichsversicherungsamt zur grundsätzlichen Entscheidung abgegeben. Seine Rechtsauffassung hat das Oberversicherungsamt im Abgabebeschlusse dahin ausgesprochen, daß die Auffassung des Versicherungsamts zutreffend sei; § 1 Abs. 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 ermächtige zwar das Versicherungsamt, auf Antrag der Kasse zu verfügen, daß höhere als die Regelleistungen gewährt würden, nicht aber, daß ohne vorherige Satzungsänderung Mehrleistungen neu eingeführt würden, die von der Kasse noch nie gewährt und in der Satzung nicht vorgesehen seien. — Das Reichsversicherungsamt hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden

Gründen:

In der Sache selbst vermochte sich das Reichsversicherungsamt nur der Auffassung der Vorinstanzen anzuschließen. Ihr steht der Wortlaut des § 1 Abs. 2 des Gesetzes vom 4. August 1914 zur Seite. Dort ist von „höheren Leistungen" die Rede, während die Reichsversicherungsordnung diesen Begriff nicht kennt, sondern von Regelleistungen und Mehrleistungen spricht. Es ist nicht angängig, „höhere Leistungen" und „Mehrleistungen" ohne weiteres begrifflich gleichzustellen, da anzunehmen ist, daß der Gesetzgeber, wenn er den Begriff Mehrleistungen im Sinne gehabt hätte, ihn auch angewendet hätte. Aber auch die Begründung zum Gesetze vom 4. August 1914 spricht dafür, daß der Gesetzgeber eine solche Gleichstellung der beiden Begriffe „höhere Leistungen" und „Mehrleistungen" nicht im Sinne gehabt hat. Die Begründung ergibt, daß bei Ausbruch des Krieges die Befürchtung bestand, manche Krankenkassen, namentlich neu errichtete, die noch keine größeren Rücklagen besäßen, könnten infolge der Einbuße guter Risiken und entsprechend hoher Beiträge, wie infolge der Zunahme der Krankheitsfälle leistungsunfähig werden. Um ohne Verzug diese Gefahr zu bannen, hat das Gesetz vom 4. August 1914 die Leistungen auf die Regelleistungen und die Beiträge auf $4^1/_2$ v. H. des Grundlohns festgesetzt. Gleichzeitig ist aber darauf Rücksicht genommen worden, daß viele Kassen auch bei niedrigeren Beiträgen und höheren Leistungen bestehen können. Für diese Kassen lag also kein Anlaß vor, jene Einschränkung Platz greifen zu lassen. Deshalb ist, wie die Begründung S. 3 — Reichstagsdrucksachen 13. Legislaturperiode II. Session 1914 Nr. 15 — sagt, den Kassenvorständen die Befugnis gegeben, unter Nachweis ihrer Leistungsfähigkeit bei dem zuständigen

Digitized by Google

Versicherungsamte zu beantragen, daß höhere Leistungen, z. B. die Familienversicherung, „in Kraft bleiben" und daß niedrigere Beiträge erhoben werden. Im Anschluß daran ist dann bemerkt, daß, wo Kassenvorstand und Versicherungsamt sofort die Aufgabe im Sinne des § 1 Abs. 2 des Gesetzentwurfs in Angriff nähmen, „die gegenwärtigen Verhältnisse einer Kasse unverändert fortgeführt werden" könnten. Die Begründung denkt also nur daran, da, wo es zulässig ist, die gegenwärtigen Verhältnisse der Kassen bestehen zu lassen und die Leistungen im Rahmen der bisherigen aufrechtzuerhalten. Nach dem dem Gesetze vom 4. August 1914 hauptsächlich zugrunde liegenden Bestreben, die Leistungsfähigkeit der Kassen sicherzustellen, und gegenüber dem Wortlaut und der Begründung des Gesetzes kann nicht angenommen werden, daß der Gesetzgeber die Neueinführung von Leistungen, die der Kasse bisher fremd waren, auf einem beschleunigten Wege ohne Mitwirkung des Ausschusses (§ 345 Abs. 2 Nr. 6 RVO.) zulassen wollte. Das Gesetz vom 4. August 1914 hat auch die Geltung des § 193 RVO. nicht berührt. Die Vorschrift des § 193 Abs. 2 a. a. O. kann daher nicht ausgeschaltet werden. Im Hinblick darauf, daß manche Kassen sich bisher auch während des Krieges günstig weiterentwickelt haben mögen, und daß Mehrleistungen, wie die Krankenkost, in jetziger Zeit für die Wiederherstellung und Kräftigung der Gesundheit erkrankter Kassenmitglieder besonders förderlich sind, mag für manche Kassen die beschleunigte Einführung einer solchen Mehrleistung erwünscht sein. Aber auch bei der zur Herbeiführung einer Satzungsänderung erforderlichen Einberufung des Ausschusses wird die Einführung der Mehrleistung ohne sonderlichen Verzug möglich sein. Wenn die Kasse sich für ihre Auffassung auf Hoffmann, Die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung, Anm. 5 Satz 1 zu § 1 des Gesetzes vom 4. August 1914, bezieht, so kann nicht anerkannt werden, daß jene Stelle zwingend im Sinne der von der Kasse vertretenen Ansicht auszulegen ist; denn dort ist nicht gesagt, daß, was für die Änderung der Höhe der Leistungen gilt, auch für neue Mehrleistungen zu gelten hat. Zugunsten der von der Kasse vertretenen Ansicht spricht aber die in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 1916 Sp. 567 erteilte Rechtsauskunft, obschon es sich auch dort nicht um einen dem vorliegenden gleichen Fall handelt. Das Reichsversicherungsamt vermochte sich jedoch aus den oben dargelegten Gründen dieser Auffassung nicht anzuschließen. Die Beschwerde mußte daher als unbegründet zurückgewiesen werden.

Anmerkung: Zu vgl. über diese Entscheidung Arb.Vers. 1916 Heft 35 S. 820.

Beschwerden bei der Fehlgeburt als Krankheit, vor der Fehlgeburt als Schwangerschaftsbeschwerden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. September 1916 (2268 Amtl. Nachr. 1916 S. 742).

Die Entscheidung über den Anspruch der Klägerin hängt in erster Linie davon ab, ob zu der Zeit, als Dr. K. zugezogen wurde, überhaupt noch Schwangerschaft bestand. Es kann im vorliegenden Falle davon abgesehen werden, grundsätzlich zu erörtern, in welchem Zeitpunkt die Schwangerschaft ihr Ende nimmt, ob mit dem Eintritt der Wehen oder mit dem Ausstoß der Leibesfrucht; jedenfalls kann nicht mehr von Schwangerschaft die Rede sein, wenn die Beschwerden so eng mit dem Eintritt der Fehlgeburt zusammenhängen wie hier. Damit soll keineswegs gesagt sein, daß die einer Fehlgeburt vorausgehenden Beschwerden nicht Schwangerschaftsbeschwerden sein könnten. Dies wird sogar vielfach der Fall sein; die nachträglich eintretende Fehlgeburt allein reicht nicht aus, um der ärztlichen Hilfe die Eigenschaft der Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden nachträglich zu nehmen. Die aus einer anderen Auffassung folgende Versagung ärztlicher Hilfe würde auch nur zu leicht das Eintreten einer Fehlgeburt begünstigen oder verursachen und damit gerade das Ziel der Wochenhilfe gefährden (zu vgl. der vom Versicherungsamt angezogene Bescheid des Reichsamts des Innern vom 25. Juni 1915, abgedruckt in der „Ortskrankenkasse" 1915 Sp. 652, sowie Weymann in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung 1915 Sp. 236 Nr. 3 a. E.). Entscheidend ist vielmehr, daß die Beschwerden und der Eintritt der Fehlgeburt hier in einem so eng begrenzten Zeitraum liegen und so unmittelbar zusammenhängen, daß sich jene offensichtlich als Beschwerden der Fehlgeburt selbst darstellen; deren Eintritt ist aber nicht mehr ein Teil der Schwangerschaft. Der Einwand, daß ärztliche Hilfe im Falle der Fehlgeburt meistens erst recht geboten sein wird, schlägt nicht durch, weil die Fehlgeburt nicht ein physiologisches (der natürlichen Entwicklung entsprechendes), sondern ein auf anormalem (regelwidrigem) Verlauf der Schwangerschaft beruhendes pathologisches (krankheitbehaftetes) Ereignis ist, das in der Regel nicht unter den Schutz der Wochenhilfe fällt, sondern je nach Lage des Falles als Krankheit unter die Regelleistung der Krankenhilfe gehört. Wer, wie die Klägerin, an diesen Regelleistungen keinen Anteil hat, weil sie nicht zu dem Kreise der nach der Reichsversicherungsordnung versicherten Personen gehört, genießt für solchen Fall versicherungsrechtlichen Schutz nicht. Bei der entgegengesetzten Auffassung würde man zu dem abzulehnenden Ergebnis gelangen, daß Frauen, die bei Kassen ohne bezügliche Mehrleistungen nach der Reichsversicherungsordnung versichert sind, im Falle einer Fehlgeburt

Digitized by Google

ohne versicherungsrechtlichen Schutz bleiben. Kommt man aus diesen Gründen zur Verneinung der Schwangerschaft als Voraussetzung der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, so erübrigt es sich, zu erörtern, ob man das Bestehen von Schwangerschaftsbeschwerden nicht noch aus einem anderen Gesichtspunkte verneinen müßte, nämlich weil diese Beschwerden über das gewöhnliche Maß hinausgingen. Literatur und Rechtsprechung sehen überwiegend derartige ungewöhnliche Beschwerden — wenigstens bei der Auslegung des § 199 Nr. 3 RVO. und seines Vorläufers, des § 21 Abs. 1 Ziff. 4 KVG. — als Krankheitszustand an, der in den Regelleistungen der Krankenversicherung seinen Schutz hat, während als Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne jener Vorschriften nur die das übliche Maß nicht überschreitenden Beschwerden gelten (zu vgl. Hahn, Fürsorge bei Mutterschaftsleiden nach den Reichsversicherungsgesetzen, im Verwaltungsarchiv Bd. 13 S. 342 ff.; Hahn, Handb. d. Kr.Vers., 8. u. 9. Aufl. Anm. 2a zu § 199 RVO.; Olshausen, Kommentar, 3. u. 4. Aufl. Anm. 3Ab zu § 182; Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichtshofs vom 18. Januar 1897 in der Zeitschrift für Arbeiterversicherung 1897 S. 98; Entsch. des Königl. Bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 5. Oktober 1903, Reger 24 S. 83; zu vgl. auch Entsch. 573, Amtl. Nachr. 1897 S. 320). Es liegt nahe, diese Auslegung des Begriffs der Schwangerschaftsbeschwerden auch für die Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 gelten zu lassen. Indessen bedarf es nach den gemachten Ausführungen einer ausdrücklichen Entscheidung hierüber nicht. Die Beschwerden der Klägerin, die zur Herbeiziehung des Arztes führten, konnten jedenfalls nicht als Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne des § 3 der erwähnten Bekanntmachung angesehen, und demgemäß konnte der Anspruch der Klägerin nicht für begründet erachtet werden. Die Entscheidung des Versicherungsamts mußte daher aufgehoben und die Klägerin abgewiesen werden.

Einwirkung eines Regulativs für Kassenbeamte auf frühere Gehaltsregelung?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. April 1916.

Das vom Oberversicherungsamt aufgestellte „Regulativ über die dienstlichen Verhältnisse der auf Grund des § 359 RVO. auf Lebenszeit angestellten Beamten der Allg. OKK. in H." sieht für den ersten Beamten ein Gehalt bis zum Höchstbetrage von 5000 ℳ vor. Gegen diese Regulativbestimmung wurde beim Minister für Handel und Gewerbe Beschwerde eingelegt, die aber zurückgewiesen wurde. Da mit den in Frage kommenden Beamten schon vor der Errichtung des Regulativs ein Gehalt von 6000 ℳ vereinbart war, hielt sich der Kassenvorstand für verpflichtet, diese Summe auch weiter auszuzahlen.

Nach der glaubhaften Behauptung des Kassenvorstandes ist mit dem Beamten im Oktober 1913 ein Jahresgehalt von 6000 ℳ vereinbart worden. Wenn die Vereinbarung rechtlich unwirksam ist, so würde die Anweisung des Gehaltes zu einem höheren Betrage unzulässig sein. Es fehlt indessen eine endgültige Entscheidung über die Frage, welche Bedeutung die bezeichnete Vereinbarung hat, durch die ein Anspruch eines Dritten gegen die Kasse hat geschaffen werden sollen. Solange solche Ansprüche streitig oder zweifelhaft sind, steht der Aufsichtsbehörde keine Zwangsbefugnis gegen die Kasse zu (Hanow, Monatsschrift für Arb.- und Angest.-Vers. 1914 Sp. 253, Hahn, Handb. d. Kr.Vers. Anm. 3 zu § 30).

Die RVO. hat nicht beabsichtigt, die Rechte der Aufsichtsbehörden gegenüber den Versicherungsträgern zu erweitern (Begr. zu § 27 des Entw. einer RVO. S. 44). Hiernach durfte das Versicherungsamt nicht, wie geschehen, die Befriedigung des streitigen Anspruchs verbieten, sondern konnte nur verlangen, daß über den Gehaltsanspruch Klarheit geschaffen werde. Es durfte nicht ohne weiteres die Einstellung der Zahlung des Gehaltes zu einem 5000 ℳ übersteigenden Betrage fordern, hätte sich vielmehr darauf beschränken müssen, dem Kassenvorstand aufzugeben, binnen einer bestimmten Frist eine Entscheidung über den streitigen Anspruch vor den berufenen Instanzen herbeizuführen. Die Anordnung des Versicherungsamts erwies sich damit sachlich als nicht gerechtfertigt und mußte daher aufgehoben werden (Breithaupt).

Beschwerde über die Veröffentlichung von Wohnungsuntersuchungen einer Krankenkasse.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 18. Dezember 1916 (B. K. 181/16).

In einem dem Grundbesitzerverein . . . erteilten Bescheide vom 20. Mai 1916 hat das Versicherungsamt es abgelehnt, gegen den Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse wegen des von ihm gesammelten und veröffentlichten Materials betreffend Wohnungsuntersuchungen in den Jahren 1913 und 1914 von Aufsichts wegen etwas zu veranlassen. Der Verein hat Beschwerde beim Oberversicherungsamt erhoben . . . .

Die Beschwerde war zurückzuweisen, weil der Grundbesitzerverein nach den gesetzlichen Bestimmungen eine Entscheidung der Versicherungsbehörden in der in Rede stehenden Angelegenheit überhaupt nicht beanspruchen kann. Darüber zu wachen, daß Gesetz und Satzung befolgt werden, liegt nach § 30 RVO. den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen ob, ohne daß es für ihre Maßnahmen des Antrages eines Dritten bedarf. Gegen Anordnungen, die ein Versicherungsamt von Aufsichts wegen an Krankenkassen erläßt oder zu erlassen ablehnt, Beschwerden zu erheben, sind nur solche Personen befugt, deren Rechte

Digitized by Google

dabei berührt werden. Beschwerdeberechtigt ist nicht schon „ein jeder, auf den der Ausgang einer Sache günstig oder ungünstig zurückwirkt". (Vgl. Entsch. des RVA. Amtl. Nachr. 1914 S. 515 und des Kgl. Sächs. OVG. vom 14. August 1902, Arb.Vers. 1903 S. 690.) Nun greift aber die Tätigkeit der Krankenkasse, die sich auf Feststellungen über das Wohnungswesen ihrer Mitglieder durch die Krankenbesucher und die Verwertung des gesammelten Materials in einer Druckschrift erstreckte, in die Rechte der Hausbesitzer nicht ein, insbesondere auch nicht in die Rechte des Grundbesitzervereins. Denn in der Druckschrift werden in der Hauptsache Tatsachen angeführt. Sie enthält Zusammenstellungen statistischen Materials sowie Abbildungen von Wohnungen. Es werden aus diesem Material dann auch Schlüsse gezogen, aber nur insoweit, als die vorgefundenen Verhältnisse auf den Gesundheitszustand der Versicherten sowie die Verbreitung und Verhütung von Krankheiten unter ihnen von Einfluß sind oder sein können. In der Druckschrift findet sich kein Hinweis, auch keine Andeutung dahin, daß die Hausbesitzer oder der Grundbesitzerverein an den Zuständen oder Mißständen schuld seien, und es werden diese Personenkreise auch gar nicht aufgefordert, ihrerseits Abhilfe zu schaffen. Die Kasse, heißt es vielmehr in den Schlußworten der Druckschrift (S. 79), soll es als ihre Aufgabe betrachten, die Entwickelung des Wohnungswesens sorgsam zu beachten und fördern zu helfen und zwar durch Bereitstellung von Mitteln für die Krankheitsverhütung. Hierzu sind die Krankenkassen nach § 363 RVO. berechtigt. Wenn nun der Beschwerdeführer als ein Verein von Hausbesitzern durch die Darlegungen der Druckschrift sich getroffen fühlt und glaubt, daß ihm ein unberechtigter Vorwurf gemacht sei, so ist einmal bei objektiver Betrachtung des Inhaltes der Druckschrift ein Vorwurf gegenüber dem Grundbesitzerverein überhaupt nicht zu finden; ferner wäre aber, selbst wenn die angeführten Tatsachen und ihre Beurteilung seitens des Kassenvorstandes den Gedanken an eine Beseitigung gewisser Zustände gerade seitens der Grundbesitzer nahelegten, auch ein solches Verlangen nicht unberechtigt. Denn die Gefährdung der Gesundheit der Versicherten sowie der Hausbewohner überhaupt durch ein zu enges Beisammenwohnen unter den verschiedenen, im Bericht angeführten ungünstigen Bedingungen liegt klar zutage, und das Streben nach ihrer Beseitigung, von welcher Seite es auch sei, muß unbedingt als ein berechtigtes angesehen werden. Auch von diesem Gesichtspunkt aus kann also von einer Verletzung der Rechte des Beschwerdeführers durch die Kasse oder durch ungenügenden Schutz dieser Rechte seitens der Aufsichtsbehörden keine Rede sein.

Anmerkung: Der Grundbesitzerverein hat sich ein Verdienst erworben, indem er durch seine haltlose Beschwerde Veranlassung gab, die vernünftigen Gedanken, die der vorstehenden Entscheidung zugrunde liegen, in weiten Kreisen in Erinnerung zu bringen und einzuschärfen.

Bargeldloser Zahlungsverkehr der Krankenkassen.

Erlaß des **preußischen Ministers für Handel und Gewerbe** vom 28. Dezember 1916 (HMBl. S. 11).

In meinem Runderlaß vom 26. März 1914 (HMBl. S. 171) *) habe ich darauf hingewiesen, daß es den im öffentlichen Interesse liegenden Bestrebungen zur Einschränkung des Bargeldverkehrs dienen würde, wenn die Krankenkassenbeiträge im Wege des Postschecks oder durch Banküberweisung, statt der üblichen Abholung, geleistet würden.

Nach einer neuerlichen Feststellung machen jedoch die Krankenkassen vom Postscheckverfahren immer noch nicht den wünschenswerten Gebrauch; von rund 3300 Krankenkassen haben bisher nur rund 600 ein Postscheckkonto.

Besonders unter den gegenwärtigen Verhältnissen ist, namentlich im Hinblick auf die Steigerung des Notenumlaufs der Reichsbank seit Kriegsausbruch, größter Wert auf möglichst weitgehende Ausschaltung des baren Geldes aus dem Zahlungsverkehr und deshalb darauf zu legen, daß die dem Postscheck- oder Bankverkehre noch fernstehenden Krankenkassen durch Einrichtung eines Postscheck- oder Bankkontos die Zahlung der Beiträge im Wege des Postschecks oder der Banküberweisung ermöglichen und die Beitragspflichtigen durch Übersendung von Zahlkarten sowie durch geeignete Belehrung zur Benutzung dieser Zahlungseinrichtungen anleiten.

Im übrigen dienen solche Einrichtungen nicht nur zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs und zur Ersparnis von Kosten, sondern auch zur Beseitigung von Weiterungen, die den Zahlungspflichtigen durch das Abholen der Beiträge nicht selten erwachsen.

Ich ersuche Sie, unter Hinweis auf die Wichtigkeit der Maßnahmen und unter geeigneter Betonung des dringenden vaterländischen Interesses auf die beteiligten Krankenkassen im bezeichneten Sinne einzuwirken.

Erneuerung des zurückgenommenen Antrages auf Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. ist unzulässig.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 7. September 1916. (1660/16 K.)

Der Schneider Sch. gehörte vom 3. Januar 1916 an als Hausgewerbetreibender einer besonderen Ortskrankenkasse als versicherungspflichtiges Mitglied an. Auf Grund eines Antrages seiner Ersatzkasse vom 2. Januar 1916 wurde Sch. gemäß § 517 RVO. von seinen eigenen Rechten und Pflichten als Mitglied der Ortskrankenkasse

*) Arb.Vers. 1914 S. 306.

Digitized by Google

vom 3. Januar ab befreit. Diesen Antrag nahm er am 15. Januar zurück, um am Tage darauf als vollberechtigtes Mitglied Anspruch auf Unterstützung zu stellen, die ihm auch gewährt wurde. Im April erhielt er dann weiter Familienunterstützung. Am 25. Mai ließ er dann erneut durch seine Ersatzkasse einen Ruheantrag stellen. Dieser Antrag wurde von dem Kassenvorstand abgelehnt mit der Begründung, daß man annehmen müsse, daß ein Widerruf der gewährten Befreiung endgültig sei, sonst würde es in der Hand der Ersatzkassen liegen, wie es dieser Fall zeige, bei einer voraussichtlichen Erkrankung für den Krankheitsfall doppelte Unterstützung zu beziehen, in gesunden Tagen dagegen sich jederzeit von der Leistung von Kassenbeiträgen zur Pflichtkasse zu befreien.

Die antragstellende Ersatzkasse hat für Sch. Beschwerde erhoben. Das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) hat jedoch erkannt, daß der wiederholte Antrag des Sch. zu Recht abgewiesen worden ist. — Gründe:

Auch das Versicherungsamt nimmt mit Hahn (Handb. der Krankenvers., Anm. 2 Abs. 2 zu § 519 RVO.) an, daß ein Ersatzkassenmitglied seinen Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten später zurücknehmen und damit also wieder vollberechtigtes Mitglied der Pflichtkasse werden kann. Es muß aber anderseits angenommen werden, daß der Antragsteller an den in der Rücknahme seines Antrages liegenden Verzicht auf das Recht der Befreiung für die Dauer der Zugehörigkeit zur Pflichtkasse gebunden ist und nicht durch einseitige Erklärung von diesem Verzicht wieder zurücktreten, also erneut den Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten stellen kann. Andernfalls hätte es das Ersatzkassenmitglied, wie es dieser Fall zeigt, in der Hand, die Pflichtkasse auf das gröblichste auszunutzen, sich aber stets seiner Beitragsleistung nach Ablauf der Krankenunterstützung zu entziehen. Eine solche Ausnutzung der Pflichtkasse, die gegen die guten Sitten verstoßen würde, kann der Gesetzgeber nicht haben zulassen wollen, und es muß daher angenommen werden, daß die Zurücknahme eines Ruheantrages stets eine dauernde und endgültige sein muß. Der Vorstand der Antragsgegnerin hat daher den Antrag zu Recht zurückgewiesen.

Anmerkung: Die Befugnis der Ersatzkasse, den Versicherten im Streitverfahren über den Befreiungsantrag zu vertreten, folgt aus ihrem Antragsrechte (§ 519 Abs. 2 RVO.). Eine eigentliche „Beschwerde" gegen eine „Entscheidung" der Kasse (§ 1791) lag nicht vor, sondern es handelte sich um einen Streit über das Versicherungsverhältnis, über den das Versicherungsamt nach § 405 Abs. 2 in erster Instanz entschied. So hat auch das von Sch., „vertreten durch die Ersatzkasse", angerufene Oberversicherungsamt Hamburg (Beschlußkammer) die Sache aufgefaßt, indem es durch Entscheidung vom 1. Dezember 1916 die Beschwerde — nicht „weitere" Beschwerde — „gemäß § 405 Abs. 2 RVO." aus den für zutreffend erachteten Gründen des Versicherungsamts als unbegründet zurückwies.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Schulzahnpflege der Landesversicherungsanstalten.

Runderlaß des **Reichsversicherungsamts** vom 30. September 1916 (CB 2531).

Den Vorständen ist durch Rundschreiben vom 10. April 1913 (CB 854) [Amtl. Nachr. 1913 S. 436] die Förderung der Bestrebungen des Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen nahegelegt worden. Nach den für das Jahr 1915 vorliegenden Angaben sind dem Zentralkomitee von 15 der diesseitigen Aufsicht unterstellten und von 4 anderen Versicherungsanstalten Beiträge in Höhe von 2700 ℳ zugeflossen. Außerdem haben 4 preußische Anstalten örtliche Einrichtungen für die Schulzahnpflege mit insgesamt 3550 ℳ unterstützt.

Neuerdings ist das Zentralkomitee (Berlin W 50, Rankestraße 34) mit der Bitte an das Reichsversicherungsamt herangetreten, ihm durch einen nochmaligen Hinweis auf die Wichtigkeit der Schulzahnpflege weitere Mittel zuzuführen. Das Reichsversicherungsamt kommt diesem Wunsche gern nach. Der noch immer währende Krieg mit seinen beispiellosen Verlusten an Menschenleben — so heißt es in der Eingabe des Zentralkomitees mit Recht — nötigt uns, der heranwachsenden Jugend jede nur denkbare Förderung angedeihen zu lassen, um für die Zukunft gesunde Männer und Frauen heranzubilden, die den weiteren Bestand des Vaterlandes verbürgen. An dieser hohen Aufgabe mitzuwirken, sind die Versicherungsanstalten berufen und auf Grund des § 1274 RVO. in der Lage.

Den Vorständen, die sich bisher von einer Förderung der Schulzahnpflege ganz zurückgehalten oder sich auf einen geringen Jahresbeitrag beschränkt haben, wird die wohlwollende Prüfung der erneuten Bitte des Zentralkomitees ergebenst anheimgestellt.

Wohnungsfürsorge der Landesversicherungsanstalten.

Runderlaß des **Reichsversicherungsamts** vom 6. November 1916 (II 4781).

Durch den Runderlaß vom 19. Januar 1916 (II 2149) wollte sich das Reichsversicherungsamt darüber unterrichten, wie bei den einzelnen Versicherungsanstalten die Wohnungsfürsorge unter den Einflüssen des Krieges sich entwickelt hat oder demnächst gestalten wird. Bevor die Berichte der Versicherungsanstalten eingingen, haben sich diese in der Versammlung zu Leipzig am 10. und 11. April 1916 mit jenen Fragen beschäftigt und versucht, für ihre Betätigung auf diesem für die Erhaltung und Erhöhung

Digitized by Google

der Volksgesundheit jetzt besonders wichtigen Gebiete Richtlinien aufzustellen. Aus den beachtenswerten Darlegungen in der Leipziger Versammlung und in den Berichten auf den Runderlaß vom 19. Januar 1916 verdienen folgende Fragen besondere Erörterung; sie betreffen die Berücksichtigung kinderreicher Familien und die Anwendung des § 1274 RVO. bei der Wohnungsfürsorge. Das Reichsversicherungsamt äußert sich zu diesen Fragen wie folgt. Angesichts der schweren Verluste an Menschenleben, die der Krieg dem deutschen Volke auferlegt, und der mit der langen Dauer des Krieges verbundenen Schwächung der Volksgesundheit ist die Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien der minderbemittelten Bevölkerung besonders dringend. Bessere Unterkunft für solche Familien, Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse durch Anlegung von Kinderspielplätzen, Kinderhorten und dergleichen sind in hohem Maße erwünscht. Gebührende Rücksichtnahme verdienen dabei die Familien von Kriegsteilnehmern.

Die Mittel für die Wohnungsfürsorge haben die Versicherungsanstalten bisher auf Grund des § 1356 RVO. in Form von Kapitalanlagen, zunächst als Darlehen, neuerdings auch durch Beteiligung an Siedelungsgesellschaften, bereit gestellt. Dabei hat das Reichsversicherungsamt hinsichtlich des Umfanges der nicht mündelsicheren Vermögensanlagen, wie auch der Bemessung des Zinsfußes weitgehendes Entgegenkommen gezeigt. Daran soll festgehalten werden.

Da die Wohnungsfürsorge zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung, namentlich zur Bekämpfung der Tuberkulose und somit zur Verhütung des vorzeitigen Eintritts der Invalidität dient, ist es nicht ausgeschlossen, hierfür auch im Rahmen des § 1274 Aufwendungen zu machen. Bezüglich ihres Umfanges ist aber zu beachten, daß Aufwendungen aus § 1274 als freiwillige Leistungen von Jahr zu Jahr durch den Voranschlag festzulegen sind und somit nach Ermessen des Ausschusses später herabgesetzt oder in Wegfall gebracht werden können. Zwar wird bei gleichbleibenden Verhältnissen von dieser Befugnis in der Regel kein Gebrauch gemacht werden, insbesondere, wenn es sich um verhältnismäßig geringfügige Summen, beispielsweise um mäßige Beträge für Wohlfahrtszwecke handelt. Dagegen kann bei erheblichen Aufwendunngen, wie sie Maßnahmen erfordern, die gewisse Unternehmungen für lange Jahre auf eine gesicherte geldliche Grundlage stellen sollen, die aus früheren Bewilligungen abgeleitete moralische Bindung von späteren Ausschüssen und auch von der Aufsichtsbehörde unbequem empfunden werden. Das hat schon die Erfahrung bei Festsetzung des Zinsfußes für die Baudarlehen aus § 1356 gelehrt.

Das Reichsversicherungsamt verkennt nicht, daß der Gedanke, den Versicherungsanstalten wie im Kampfe gegen die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten, so auch in der Wohnungsfürsorge eine führende Rolle zu übertragen, verlockend sein mag; er würde aber nur durch Einsatz großer Mittel durchführbar sein, die den Haushalt der Versicherungsanstalten für lange Zeit in nicht absehbarer Höhe belasten. Den Versicherungsanstalten erwüchse damit eine Aufgabe, die bei ihrer verschiedenen Vermögenslage nur ungleich und von den geldlich weniger günstig gestellten Anstalten ohne Gefahr nur in engsten Grenzen erfüllt werden könnte. Das mahnt zur Vorsicht, die jetzt um so mehr geboten ist, als durch den Krieg und seine Folgen die künftige Gestaltung der Vermögenslage der Versicherungsanstalten in mancher Hinsicht unsicher geworden ist. Es ist heute auch nicht annähernd zu bestimmen, wie sich die Beitragseinnahmen der Versicherungsanstalten in den nächsten Jahren gestalten werden. Dagegen ist schon jetzt nicht zweifelhaft, daß der Krieg die Gesundheit vieler Versicherten schwächt, und daß dadurch für die Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auf Jahre hinaus die Belastung durch Renten und Kosten des Heilverfahrens nicht unerheblich anwachsen wird.

Nach alledem glaubt das Reichsversicherungsamt, daß auf Grund des § 1274 Mittel für die Wohnungsfürsorge zunächst nur in mäßigem Umfang hergegeben werden sollten, wobei auch allzugroße Verschiedenheiten bei den einzelnen Versicherungsanstalten in der Art des Verwendungszwecks vermieden werden müssen. Dieser zurückhaltenden Stellungnahme widerspricht es nicht, daß das Reichsversicherungsamt bisher bei der Kriegswohlfahrtspflege den Versicherungsanstalten die Hingabe höherer Beträge nach § 1274 bereitwillig gestattet hat; denn dies geschah wesentlich um deswillen, weil es sich um die Erfüllung dringender vaterländischer Aufgaben von begrenzter zeitlicher Dauer handelte, bei denen nicht ängstlich zugewartet werden durfte. Bezüglich der Beteiligung der Versicherungsanstalten an der Wohnungsfürsorge darf schließlich nicht außer acht gelassen werden, daß an der Erhaltung und Stärkung der Volkskraft durch umfassende Maßnahmen auf diesem Gebiete andere Stellen wie Reich, Staat, Provinzen, Gemeinden usw. in noch höherem Maße als die Versicherungsanstalten beteiligt sind. Ihnen werden deshalb die Versicherungsanstalten hier unbedenklich den Vortritt überlassen können.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Mittagessen auf Rechnung der Krankenkasse.

Die Verwaltung der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin hat vor einigen Wochen eine Umfrage bei den für sie tätigen Kassenärzten über die Wirkung der zunehmenden Ernährungsschwierigkeiten auf die Kranken der Kasse veranstaltet. Das Ergebnis dieser Ermittlung hat die Überzeugung noch mehr befestigt, daß zahlreiche und namhafte gesundheitliche Schädigungen der Kassenmitglieder auf ungenügende Nahrung zurückzuführen sind und auch die Widerstandskraft der Kranken dadurch geringer wird. Solche Beobachtungen wurden ganz besonders bei weiblichen Mitgliedern, und hier wieder hauptsächlich bei Blutarmen, Nervösen uud Tuberkulösen, gemacht. Der Kassenvorstand ist nach eingehenden Erwägungen, auf welche Weise die Kräfte der besonders geschwächten erwerbsunfähigen Kassenmitglieder zu heben sind, zu dem Beschlusse gelangt, diesen Kranken in allen Fällen, in welchen die behandelnden Kassenärzte dies für angebracht halten, auf Rechnung der Kasse Mittagessen aus den öffentlichen Küchen zu bewilligen. Auf ärztliche Verordnung empfangen die Patienten in der für sie zuständigen Zahlstelle besondere Speisekarten, von denen täglich in der nächsten Speiseanstalt ein Tagesabschnitt abgetrennt und dagegen eine Portion Mittagessen ausgehändigt wird. Die großen Kommunen Berlins haben sich sofort bereit erklärt, die Karten der Kasse in Zahlung zu nehmen, und es ist zu erwarten, daß die kleineren Gemeinden diesem Beispiel folgen werden.

Zur Vereinbarung über die Durchführung der §§ 219, 220, 222 RVO.

Im Heft 35 von 1916 (S. 835) haben wir die über diesen Gegenstand getroffene Vereinbarung der großen Krankenkassenverbände und im Heft 2 von 1917 (S. 14) die Begründung hierzu mitgeteilt. In einer von der Zentralkommission der Krankenkassen Berlins einberufenen Versammlung erstattete der Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin, Herr Julius Cohn, Bericht über die Bedeutung des Abkommens, daran schloß sich eine Erörterung. Allseitig wurde das Abkommen als unannehmbar bemängelt. Es wurde einstimmig folgender den Beitritt ablehnender Beschluß gefaßt:

1. Die angeblichen Schädigungen der kleinen und ländlichen Kassen, welche durch die Bestimmung der §§ 219, 220 und 222 RVO. entstehen sollen, werden durch die vom Hauptverband getroffene Vereinbarung nicht gemindert. Die Überweisung ist stets an das Ersuchen der Kassen gebunden, dieselben haben es also nach wie vor in der Hand, nur Mitglieder der niedrigeren Stufen zu überweisen. Bisher konnten die kleinen und ländlichen Kassen wie jede andere bei allen Kranken $^3/_8$ des Grundlohnes als Ersatz für Krankenhilfe liquidieren; nach dem neuen Abkommen dürfen sie dies nur bei denjenigen tun, welche bei der Gewährung von Regelleistungen $^3/_8$ oder mehr kosten. Bei denjenigen, bei welchen die Auslagen für Krankenpflege nicht $^3/_8$ erreichen, dürfen nur die baren Auslagen berechnet werden. Die kleinen und ländlichen Krankenkassen werden daher auch nach diesem Abkommen dasselbe Material überwiesen erhalten, sie können aber weniger liquidieren als bisher. Das Abkommen ist daher für dieselben nicht von Vorteil, sondern — immer vorausgesetzt, daß ihre Behauptung, sie haben bisher Schaden erlitten, richtig ist — von Nachteil.

2. Die Kassen in Groß-Berlin würden durch den Beitritt zu diesem Abkommen erheblich geschädigt. Sie erhalten keinen Ersatz für Arzthonorar, weil dasselbe nach den hier bestehenden Vereinbarungen nicht für Überwiesene, sondern in anderer Form bezahlt wird. Sie sind auch nicht in der Lage, festzustellen, welche Ausgaben für Krankenpflege auf jeden einzelnen überwiesenen Fall kommen, sie würden daher die ärztliche Behandlung vollständig kostenlos leisten und für Heilmittel nur in den seltensten Fällen Ersatz bekommen.

3. Nach den bestehenden vertraglichen Bestimmungen sind die Kassenärzte in Groß-Berlin nur verpflichtet, Kassenmitglieder, welche überwiesen werden zu behandeln, nicht aber deren Angehörige. Die Kassen Groß-Berlins wären also gar nicht in der Lage, den diesbezüglichen Teil des Abkommens durchzuführen. Die Kassen halten es auch nicht für zweckmäßig, im gegenwärtigen Zeitpunkt in Verhandlungen mit den Ärzten einzutreten, um die diesbezüglichen Bestimmungen des Vertrages zu ändern.

4. Den Vorteil an diesem Abkommen haben einzig und allein die Innungs- und Betriebskrankenkassen. Diese können zwar an Kassen überweisen, es darf aber nach § 219 nicht an sie überwiesen werden. Die Ortskrankenkassen tragen also sämtliche Verwaltungskosten für die überwiesenen Mitglieder der Innungs- und Betriebskrankenkassen, ohne von diesen einen Ersatz zu erhalten. In Groß-Berlin kommt noch hinzu, daß wir für diese Kassen kostenlos ärzliche Behandlung stellen und die Heilmittel teilweise bezahlen müssen. Es liegt für die Ortskrankenkassen keine Veranlassung vor, auf Ersatz von Verwaltungskosten bei Innungs- und Betriebs-Krankenkassen zu verzichten und diesen die Verwaltung teilweise zu besorgen. Für den Hauptverband lag nach Ansicht der Berliner Krankenkassen keine Veranlassung vor, das Abkommen auf andere als auf Ortskrankenkassen zu erstrecken. Zu dem Hineinziehen der Innungs- und Betriebskrankenkassen in dieses Abkommen lag nicht der geringste Grund vor, da keiner Ortskrankenkasse Schaden dadurch entstanden wäre, wenn die Innungs- und Betriebskrankenkassen weiter $^3/_8$ abgeführt hätten.

Die Krankenkassen Groß-Berlins sind zu ihrem Bedauern nicht in der Lage, dem Abkommen beizutreten.

Vaterländischer Hilfsdienst und Unfallschutz.

Um die Einstellung von weiblichen und jugendlichen Personen und von Kriegsbeschädigten in die gewerblichen Betriebe zur Verwertung ihrer Arbeitskraft im vaterländischen Interesse zu fördern und dabei den notwendigen Unfallschutz zu wahren, hat das Reichsversicherungsamt folgenden Erlaß an die Vorstände der gewerblichen Berufsgenossenschaften gerichtet:

Bei Durchführung des Reichsgesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst wird die Beschäftigung weiblicher und jugendlicher Personen in gewerblichen Betrieben eine weitere Steigerung erfahren. Die Verhältnisse werden auch dazu zwingen, diese Personen in größerem Umfang an Betriebseinrichtungen und mit Arbeitstätigkeiten zu beschäftigen, von welchen sie nach den berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften bisher ausgeschlossen waren. Dadurch entsteht ein Zwiespalt zwischen den Anforderungen der Unfallfürsorge und der Notwendigkeit, die vorhandenen Arbeitskräfte, auch die weiblicher und jugendlicher Personen, tunlichst in den Dienst des Volkes zu stellen.

Digitized by Google

Das vaterländische Gebot der Stunde läßt sich mit den Forderungen des Unfallschutzes dadurch in Einklang bringen, daß weibliche und jugendliche Personen zu ihnen bisher unzugänglichen Arbeiten mit Zustimmung des Vorstandes der Berufsgenossenschaft zugelassen werden, wenn die Betriebsunternehmer ihre Gesuche an den Vorstand durch den Nachweis stützen, daß die Aufrechterhaltung des Betriebes in dem notwendigen Umfang bei dem Mangel an männlichen Arbeitern die Einstellung weiblicher und jugendlicher Arbeiter unabweisbar macht. Voraussetzungen der Genehmigung sind ferner, daß durch geeignete Auswahl der den Arbeitern zugewiesenen Tätigkeit, durch Verwendung besonderer unfallsicherer Arbeitskleidung bei weiblichen Personen, durch umfassende Ausgestaltung der Betriebseinrichtungen mit Schutzvorkehrungen und gewissenhafte Unterweisung in der Benutzung der Maschinen und Apparate dem Arbeiterschutze Rechnung getragen wird. Die Bedienung besonders gefährlicher Maschinen wird auszuschließen sein, da bei geeigneter Arbeitsteilung den weiblichen und jugendlichen Arbeitern regelmäßig weniger gefährliche Arbeit zugewiesen werden kann.

Ferner ist zu erwarten, daß zur Durchführung der Arbeitstherapie und zur Wiederaufnahme der Berufsarbeit eine wachsende Zahl von Kriegsbeschädigten in den Betrieben zu beschäftigen sein wird. Auch hier wird eine wohlwollende Auslegung der Unfallverhütungsvorschriften empfohlen, insoweit sie unter gewissen Voraussetzungen eine Beschäftigung von Personen, die mit Gebrechen behaftet sind, bei für sie besonders gefährlichen Arbeiten ausschließen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß körperlich beschädigte Arbeiter an geeigneter Stelle unter Beachtung gebotener Vorsichtsmaßnahmen ohne besondere eigene und der Mitarbeiter Gefährdung verwendet werden können. Es gilt im vaterländischen Interesse, auch die den Kriegsbeschädigten verbliebene Arbeitskraft nach Möglichkeit zu verwerten.

Wenn die Unfallverhütungsvorschriften keine ausdrückliche Handhabe zur Erteilung der Genehmigung in den vorgedachten Fällen bieten, so ist das Reichsversicherungsamt bereit, den Vorständen eine besondere Ermächtigung für die Dauer des Krieges oder bis zu einer entsprechenden Abänderung der Unfallverhütungsvorschriften zu erteilen.

Sollte sich trotz sorgfältiger Beachtung der Unfallverhütungsvorschriften und der vorstehenden Vorsichtsmaßregeln ein Unfall bei den vom Vorstand zugelassenen Arbeitsleistungen weiblicher, jugendlicher oder kriegsbeschädigter Personen ereignen, so würde diesseitigen Erachtens eine Bestrafung oder Haftbarmachung des beteiligten Unternehmers nicht mehr in Frage kommen können. In gleicher Weise wäre zu verfahren, wenn ein Unternehmer in dringenden Fällen auf eigene Gefahr Personen der vorbezeichneten Art beschäftigte und sich, obgleich er erweislich alle Vorsichtsmaßregeln getroffen hatte, gleichwohl ein Unfall ereignete.

Um die Genossenschaftsmitglieder über das hiernach von ihnen zu beobachtende Verhalten aufzuklären, wird empfohlen, alsbald unter Berücksichtigung der vorstehend dargelegten Gesichtspunkte und entsprechend den besonderen Betriebsverhältnissen der in der Berufsgenossenschaft vereinigten Gewerbszweige den Mitgliedern Richtlinien bekannt zu geben, von denen ein Stück dem Reichsversicherungsamt einzureichen ist.

Teuerungszulagen zu den Leistungen der Knappschaftsvereine.

Den neuerdings vielfach hervorgetretenen Bestrebungen, die soziale Fürsorge den gesteigerten Kosten der Lebenshaltung anzupassen, ist in besonderem Umfange in den Knappschaftsvereinen Rechnung getragen worden. Das hat zum Teil seine Ursache darin, daß die Knappschaftsgesetze der einzelnen Bundesstaaten der Selbstverwaltung einen größeren Spielraum lassen. So sagt z. B. § 13 des preußischen Knappschaftsgesetzes, daß die Knappschaftsvereine und besonderen Krankenkassen „mindestens" die Regelleistungen der Ortskrankenkassen nach dem 2. Buche der Reichsversicherungsordnung gewähren müssen. Noch größeren Spielraum lassen die §§ 30 und 31 desselben Gesetzes über die Invalidenpensionen. Es kommt weiter dazu, daß die soziale Versicherung bei den Bergarbeitern überhaupt eine große Bedeutung hat und viel Aufmerksamkeit erfährt.

Am weitesten vorgeschritten ist auf dem hier berührten Gebiete der Allgemeine Knappschaftsverein in Bochum, der in Friedenszeiten rund 400 000 Mitglieder zählte. Im August 1916 beschloß der Verein für bergbauliche Interessen im Oberbergamtsbezirk Dortmund, dem Allgem. Knappschaftsverine für bedürftige Invaliden, Witwen und Waisen 4 Mill. Mark zur Verfügung zu stellen. Der Vorstand des Knappschaftsvereins stellte für die Verteilung folgende Grundsätze auf: Die Teuerungszulagen erhalten 1. die pensionsberechtigten Knappschaftsinvaliden, deren Gesamteinkommen 65 *M.*, gegebenenfalls für jeden weiteren Angehörigen 10 *M.* mehr monatlich nicht übersteigt; 2. die pensionsberechtigten Witwen, wenn ihr Gesamteinkommen 44 *M.*, gegebenenfalls für jeden Angehörigen 10 *M.* mehr monatlich nicht übersteigt; 3. die Vollwaisen, für die Erziehungsbeihilfe gezahlt wird; 4. die Rentenempfänger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherungskassen unter den gleichen Voraussetzungen, wenn der Versicherte wenigstens 10 Jahre Bergarbeit verrichtet hat. Die Zulage beträgt: für die Invaliden 5 *M.*, gegebenenfalls für jeden weiteren Angehörigen außer der Frau 75 *Pf* mehr bis zu 8 *M.*, für die Witwe 4 *M.*, gegebenenfalls für jeden Angehörigen 75 *Pf* mehr bis zu 7 *M.*, für die Vollwaisen 1 *M.* Ein Rechtsanspruch auf die Zulagen besteht nicht. Sie können entzogen werden, sobald die Voraussetzungen für die Gewährung fortfallen, insbesondere sollen sie dann entzogen werden, wenn andere Verpflichtete, etwa die Gemeinden, ihre Leistungen mit Rücksicht auf die Zulagen einschränken. Gegen die Entscheidung der Kassenverwaltung des Knappschaftsvereins, welche die Zulagen festsetzt, ist die Beschwerde an den Vorstand zulässig. Weitere Beschwerde oder Klage ist ausgeschlossen. Die Kriegszulage wird nur auf Antrag gewährt.

Eine weitere Ausgestaltung der Leistungen desselben Vereins nahm deren Generalversammlung vom 28. Dezember 1916 vor. Bis dahin galt die Lohnstufe 11 mit dem Grundlohn von 5 *M.* als höchste Lohnstufe. Es wurden zunächst zwei weitere Lohnstufen eingeführt und zwar mit dem durchschnittlichen Tagesverdienst von 5,40 bis 5,80 *M* und von 5,80 *M.* und darüber. Die Grundlöhne wurden für die Lohnklasse 11 auf 5,20 *M.*, Klasse 12 auf 5,60 *M.* und Klasse 13 auf 6 *M.* festgesetzt, die gewöhnlichen Krankengelder auf 3,12 *M.*, 3,36 *M.*, 3,60 *M.* Damit wird die Satzung der in der letzten Zeit eingetretenen Entwertung des Geldes, die ihren Ausdruck in der Steigerung der Löhne findet, gerecht. Bemerkenswert ist noch, daß durch die Erhöhung des Grundlohnes auch das Hausgeld gestiegen ist und auch die in Krankenhäusern verpflegten ledigen Mitglieder einen Vorteil haben. Laut § 18 Abs. 4 der Knappschaftssatzung soll den im Krankenhause Unter

Digitized by Google

gebrachten, die nicht den Unterhalt von Angehörigen zu bestreiten haben, der durch die Unterbringung nicht verbrauchte überschießende Teil des Krankengeldes erstattet werden bis zu einem Viertel des maßgebenden Grundlohnes. Je höher das Krankengeld ist, um so häufiger wird der Fall eintreten, daß Überschüsse zur Auszahlung kommen. Schließlich ist durch die Erhöhung des Grundlohnes auch eine Erhöhung des Sterbegeldes eingetreten, das den 30fachen Betrag jenes Grundlohnes betragen muß.

Besonders hervorzuheben ist, daß bei dem Allgem. Knappschaftsverein Bochum die neuerdings vielfach von Sozialpolitikern (wie Seelmann und anderen, zu vgl. Kleeis in Arb.-Vers. 1917 Heft 1 S. 5) aufgestellte Forderung der Abstufung des Krankengeldes nach der Zahl der vorhandenen Kinder bereits durchgeführt ist. Das oben erwähnte „gewöhnliche" Krankengeld in den Lohnstufen 11, 12 und 13 wird gezahlt, wenn der Erwerbsunfähige keine ehelichen Kinder unter 15 Jahren zu erhalten hat. Besitzt er ein solches Kind, so erhöht sich das Krankengeld in den drei Lohnstufen auf 3,38 ℳ, 3,64 ℳ und 3,90 ℳ, bei zwei Kindern erhöht es sich auf 3,64 ℳ, 3,92 ℳ und 4,20 ℳ, bei drei Kindern auf 3,90 ℳ, 4,20 ℳ und 4,50 ℳ. Ähnlich abgestuft ist auch das Hausgeld; dieses ist bei einer größeren Kinderzahl nur verhältnismäßig höher als bei einer kleineren. Zu diesen statutarischen Leistungen treten noch jetzt während des Krieges aus der schon oben erwähnten Spende des Vereins für bergbauliche Interessen gleiche Zuschüsse zum Krankengeld beim Vorhandensein eines 4. Kindes und zum Hausgeld beim Vorhandensein eines 5. Kindes. Die Verbesserungen allein im Krankengeld haben nach den Berechnungen von Dr. Zimmermann (Versicherungsmathematiker des Vereins) einen jährlichen Wert von 1 700 000 ℳ.

Was demgegenüber andere Knappschaftsvereine leisten, steht etwas zurück. Die außerordentliche Generalversammlung der Allgem. Knappschaftspensionskasse für das Kgr. Sachsen vom 23. Juni 1916 beschloß, den Invaliden, deren Einkommen im letzten Vierteljahr vor Stellung des Antrages auf besondere Unterstützung 150 ℳ nicht überstiegen hat, eine monatliche Teuerungszulage von 6 ℳ zu gewähren. Wenn der Invalide außer seiner Frau noch Angehörige zu unterhalten hat, darf das Einkommen für jeden derselben 30 ℳ höher sein. Der Antrag auf Teuerungszulage ist unter Beifügung von Unterlagen über das Einkommen bei der Bezirkskommission des Werkes zu stellen, wo der Invalide pensioniert wurde.

Die Invaliden des Zeitz-Weißenfels-Altenburger Braunkohlenreviers wandten sich mit einem Gesuch an den Vorstand der Norddeutschen Knappschaftspensionskasse um eine Teuerungszulage. Sie wurden jedoch abgewiesen, weil die Satzung eine solche Erhöhung nicht zuläßt. Es ist hier zu berücksichtigen, daß die Einrichtungen der Kasse genau den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung entsprechen und sich auch daran halten müssen. Mehr Erfolg hatte eine gleiche Eingabe an den Halleschen Knappschaftsverein. Er beschloß, vom 1. Dezember 1916 ab den Invaliden eine monatliche Teuerungszulage von 5 ℳ, den Witwen von 4 ℳ und den Waisen von 75 ₰ zu gewähren. Bedingung ist, daß das Einkommen der Invaliden 60 ℳ, das der Witwen 40 ℳ und das der Waisen 10 ℳ nicht übersteigt. Die Antragsteller haben den Nachweis zu führen, daß sie 10 Jahre auf Vereinswerken gearbeitet haben. Schließlich hat auch der Niederschlesische Knappschaftsverein noch Teuerungszulagen ähnlich den im Kgr. Sachsen üblichen eingeführt.

Durch diese Maßnahmen ist der Vorsprung, den die Bergarbeiter vielfach in der sozialen Fürsorge haben, aufrecht erhalten und teilweise erweitert worden. Manche der getroffenen Einrichtungen können als Vorbild dienen.

Zum Geburtenrückgang

entnehmen wir dem „Arbeiterschutz" folgende Mitteilungen aus einem Vortrage des Dr. Teleky in Wien:

Der Krieg hat eine allgemeine Rückwärtsbewegung in den Geburten verursacht, kein Wunder, wenn die Hygieniker und Soziologen alle möglichen und auch unmöglichen Vorschläge machen, um dem Übel zu steuern. Der Krieg hat viele, sehr viele Leben vernichtet, sie zu ersetzen ist eine der wichtigsten Fragen, aber wir sehen den Weg nicht, der zur Lösung dieser Frage führt. Das große Unglück, das der Krieg über Europa gebracht hat, wird wahrscheinlich nur durch die Zeit gutgemacht werden. Auf Kommando werden die Ehepaare nicht viele Kinder in die Welt setzen.

Dies ist auch die Ansicht Dr. Telekys, der in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte vom 7. April d. J. über dieses Thema sprach. Nach Dr. Teleky gibt es zwei Typen der Fortpflanzung: den primitiven oder naiven und den rationalistischen Typus. Der primitive Typus ist dadurch gekennzeichnet, daß jedes Paar so viel Kinder erzeugt, als eben kommen. Dieser Typus wird immer seltener; bei den gegebenen wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnissen ist er ganz unmöglich und wird vielleicht nur noch vom orthodoxen Judentum eingehalten.

Der rationalistische Typus überläßt die Kindererzeugung nicht einem blinden Zufall, jedes Paar setzt so viel Kinder in die Welt als ihm bei Erwägung seiner wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse wünschenswert erscheint. Anfangs war es nur der Mittelstand, der in größerem Umfang und konsequent diesen Typus übte. Die ganz Reichen, die es darauf ankommen lassen können, und die ganz Armen, die nichts zu verlieren haben, beschränken ihre Kinderzahl nicht. Bedeutung für die Volksvermehrung konnte die Beschränkung der Kinderzahl erst erlangen, als auch die Unbemittelten sie zu üben begannen, namentlich deshalb, weil nur 5 Prozent der Bevölkerung als bemittelt angesehen werden können. Die Beschränkung der Kinderzahl ist übrigens keine neue Erscheinung. Schon in Griechenland zur Zeit der Römerherrschaft und in Rom zur Kaiserzeit wurde Geburtenvorbeugung im weitesten Umfang geübt, trotz Fehlens der modernen Gummiartikel. Es ist daher ganz verfehlt, zu glauben, daß durch ein Verbot von Gummiartikeln der Geburtenrückgang gemindert werden könnte; ein solches Verbot würde nur zur Vermehrung der Geschlechtskrankheiten führen.

Der primitive Typus führt auch keineswegs zu idealen Verhältnissen. Dr. Hamburger (Berlin) hat durch eine Erhebung unter Berliner Arbeiterfrauen gezeigt, daß von Frauen mit einer Konzeption die Kinder in 76 von 100 Fällen das 16. Lebensjahr erreichen, bei Frauen mit zwei Konzeptionen in 66 Fällen und mit mehr als 15 Konzeptionen in 30 Fällen von 100. Je größer die Zahl der Konzeptionen bei einer Frau, um so größer der Prozentsatz der vergeblichen, um so größer die Opfer, die zur Erzeugung eines Kindes und seiner Aufzucht bis zu seinem 16. Lebensjahr gebracht werden. Nicht nur also, daß eine Rückkehr zum primitiven Typus unmöglich ist aus psychologischen Gründen, diese Rückkehr wäre auch nicht rationell, nicht zweckmäßig vom volkswirtschaftlichen Standpunkt.

Das Problem, das zu lösen ist, ist vielmehr: Wie kann das Interesse des Individuums, das heute die Erzeugung einer möglichst kleinen Kinderzahl zu verlangen scheint, in Übereinstimmung gebracht werden

Digitized by Google

mit dem der Gesamtheit, für deren Gedeihen eine langsame Zunahme der Bevölkerungszahl, die Erzeugung einer gewissen, etwas höheren Zahl von Kindern notwendig ist?

Während das rein individualistische Interesse — wenigstens nach der Ansicht vieler dieser Einzelindividuen — zum Zwei- oder gar zum Einkindersystem führt, verlangt das Gesamtinteresse das Drei- oder Vierkindersystem.

Es ist eine ganze Menge von Vorschlägen gemacht worden, um die einzelnen Paare zur Erzeugung einer größeren Kinderzahl anzufeuern. Es ist natürlich ganz töricht, zu glauben, daß ein Ehepaar, das nach seiner Wirtschaftslage sich zur Aufzucht von zwei Kindern für fähig hält, ein drittes Kind zeugen wird, weil ihm ein Steuernachlaß von 30 bis 40 Kr. jährlich, Schulgeldbefreiung für dieses Kind oder dergleichen in Aussicht gestellt werden; die für das dritte oder vierte Kind in Aussicht gestellten Prämien müßten doch so hohe sein, daß sie zur Erziehung dieses Kindes nahezu ausreichen; damit aber käme man zur Ausgabe von Summen, die für Friedenszwecke niemals zur Verfügung stehen. Eher ließe sich eine günstige Einwirkung auf den Bevölkerungsnachwuchs noch erzielen durch Beseitigung der vielen heute bestehenden, die Volksvermehrung hindernden Momente, der Ehebeschränkungen für Offiziere und Unteroffiziere, für Staats- und Privatbeamte, für Angestellte bis zum Hausbesorger hinab, durch Lösung der Wohnugsfrage für kinderreiche Familien und dergleichen mehr.

Das Problem wäre natürlich nur dann gelöst, wenn das Einzelindividuum sich soweit als Glied der Gesamtheit fühlen würde, daß es als solches und um dieser Gesamtheit willen die Pflicht einer erhöhten Kinderaufzucht auf sich nimmt. Ich zweifle nicht daran, daß in Deutschland nach dem Kriege dieses Gefühl der nationalen und staatlichen Verpflichtung wenigstens vorübergehend zur erhöhten Kinderaufzucht führen wird. Ob dies auch in Österreich der Fall sein wird?

Von der größten Bedeutung für die Frage des Bevölkerungszuwachses nach dem Kriege wird es sein, wie sich die wirtschaftlichen Verhältnisse gestalten werden. Der Übergang von der Kriegsindustrie zur Friedensindustrie dürfte ein schwieriger werden.

Dr. Teleky tritt schließlich für solche Maßnahmen ein, die geeignet sind, die Säuglingssterblichkeit herabzudrücken: Aufklärung der Bevölkerung, Stillpropaganda und Fürsorgetätigkeit. In Deutschland sind 217 Gemeinden mit zusammen 300 000 jährlich Lebendgeborenen 41,4 Prozent derselben unter dem Schutze der Fürsorge; die Zahl der in ganz Deutschland unter der Fürsorge Befindlichen wird auf 10 bis 15 Prozent der Lebendgeborenen geschätzt. Bei uns sind es — wenn wir von den Findelkindern absehen — kaum 4 bis 5 pro Mille. In Ungarn leistet die dort so viel gerühmte staatliche Säuglingsfürsorge quantitativ ebensoviel wie bei uns die Findelanstalten, ohne deren Leistungen aber qualitativ stets zu erreichen. Soll die Säuglingssterblichkeit erfolgreich bekämpft werden, so wird es einer großzügigen, über reiche Mittel verfügenden Organisation bedürfen.

Gesundheitszustand des Heeres im zweiten Kriegsjahr.

Die Tageszeitungen verbreiten folgende Mitteilung „von zuständiger Seite:" Nach Beendigung des ersten Kriegsjahres konnten bereits sehr erfreuliche amtliche Feststellungen über den Gesundheitszustand der deutschen Heere veröffentlicht werden. Die Befürchtung lag nahe, daß sich im zweiten Kriegsjahre die lange Dauer der Kriegsstrapazen und Kämpfe, sowie eine vielleicht geringere Güte der Ersatzmannschaften in einer Verschlechterung der Gesundheitsverhältnisse bemerkbar machen würden. Glücklicherweise ist dies nicht eingetreten; im Gegenteil hat sich der allgemeine Gesundheitszustand des Feldheeres dank der noch immer verbesserten militärärztlichen Fürsorge weiter bedeutend gehoben. Im ersten Kriegsjahr betrug der durchschnittliche Monatskrankenzugang bei den Truppen, berechnet auf Tausend der Kopfstärke (0/00 K) 120, im zweiten nur noch 100.

Der Jahreszugang an Kriegsseuchen oder sonstigen bemerkenswerten Krankheiten betrug, gleichfalls berechnet auf je 1000 der betreffenden Kopfstärke:

im Kriegsjahr	I	II
Pocken	0,01	—
Unterleibstyphus . . .	5,6	1,4
Fleckfieber	0,03	0,08
Ruhr	2,8	1,8
Asiatische Cholera . . .	0,32	0,24
Wechselfieber	0,17	0,80
Scharlach	0,18	0,15
Masern	0,07	0,06
Diphtherie	0,24	0,57
Tuberkulose	2,9	1,7
Lungenentzündung . . .	6,8	4,0
Brustfellentzündung. . .	7,7	6,0
Nervenkrankheiten . . .	24,3	21,5

Also die meisten Krankheiten zeigen einen deutlichen, zum Teil erheblichen Rückgang.

Die Kriegsseuchen Pocken, Cholera und Typhus sind dank den Schutzimpfungen und sonstigen hygienischen Maßnahmen teils ganz erloschen (Pocken), teils sehr vermindert, namentlich der Typhus. Das will um so mehr besagen, als das zweite Kriegsjahr die Truppen viel weiter in ungesunde, schlecht versorgte Gegenden nach Osten und Südosten geführt hat. Bei Ruhr, Typhus und Cholera spielt neben dem Trinkwasser auch die Güte und Sorgfalt der Ernährung eine Hauptrolle. Die Zahlen beweisen, wie auch sie sich vervollkommnet hat. Seit November 1915 sind an Cholera überhaupt nur noch vereinzelte Fälle vorgekommen.

Fleckfieber und Wechselfieber, sowie Diphtherie haben etwas zugenommen. Bei letzterer Krankheit ist die gleiche Beobachtung auch für die Zivilbevölkerung gemacht worden; es handelt sich also um eine große epidimiologische Wellenbewegung, deren letzte Ursache noch streitig ist. Verlauf und Ausgang der Krankheit aber wird durch die überall sogleich einsetzende Heilserumbehandlung so günstig beeinflußt, daß Todesfälle nur noch selten sind.

Fleckfieber wird durch infizierte Läuse, Wechselfieber durch Mücken übertragen. Fast ausschließlich auf dem östlichen und südöstlichen Kriegsschauplatz sind die Insekten heimisch und verbreitet, die an der Zunahme dieser Krankheit Schuld tragen. Zu ihrer Vernichtung ist ein ärztlicher Kampf mit allen erfolgversprechenden Mitteln eingeleitet; seine guten Wirkungen offenbaren sich bereits in einer großen Verminderung der Erkrankungsfälle während der letzten Monate. Manchmal wird die Besorgnis laut, daß der lange, anstrengende Krieg die Feldtruppen doch nachhaltig in ihrer körperlichen und geistigen Kraft und Leistung schädigen müsse. Wenn dem so wäre, so würde sich das besonders durch Vermehrung der Lungen- und Nervenkrankheiten äußern. Statt dessen erfahren wir eine geradezu überraschende Abnahme dieser Krankheiten. Das ist für die Zukunft unseres ganzen Volkes von größtem Segen. Nicht geschwächte, anfällige, sondern an Leib und Seele gekräftigte, widerstandsfähige Männer werden aus dem Kriege heimkommen. Das Leben siegt über den Tod, der Krieg macht eher gesund als krank.

Digitized by Google

Wenden wir uns nun zu den Verwundeten. Die Mittel der Zerstörung sind in diesem Kriege immer zahlreicher und wirksamer geworden; also hätte man auch in dieser Hinsicht von dem zweiten Kriegsjahre eine Verschlechterung der Heilerfolge bei den Verwundeten erwarten können. Hingegen gelangen von letzteren, abzüglich der Gefallenen und ihren Wunden Erlegenen, rund 70 v. H. zur Front zurück; bei nur 6,4 v. H. tritt Dienstunbrauchbarkeit ein, und der Rest verbleibt als garnison- und arbeitsverwendungsfähig beim Heere.

Von allen in Heimatslazarette kommenden verwundeten und kranken Angehörigen des Feldheeres werden rund 90 v. H. wieder dienstfähig (kriegs-, garnison- und arbeitsverwendungsfähig). Die Sterblichkeit beträgt nur 1 v. H., während der Rest von 9 v. H. dienstunbrauchbar wird; zum Teil sind das jedoch Personen, die zunächst beurlaubt, in Kurorte usw. gesandt, später aber wieder dienstfähig werden. Die Prozentzahl der Dienstfähigen ist also tatsächlich noch etwas höher, als angegeben. Zum Schluß sei noch mitgeteilt, daß die Zahl aller seit Kriegsbeginn erblindeten Heeresangehörigen jetzt rund 1250 beträgt.

Die Beiträge zur Angestelltenversicherung

zeigen wieder eine Zunahme. Nach den letzten amtlichen Mitteilungen betrugen die Beitragseinnahmen im Oktober 1916 9 754 785 ℳ gegen 9,5 Millionen Mark im Juli und 9 Millionen Mark im Januar 1916. Der Durchschnitt der ersten zehn Monate des vorigen Jahres belief sich auf 9,2 Millionen gegen 9,1 Millionen Mark in der gleichen Zeit des Jahres 1915. Die Friedenszahlen waren natürlich höher. Der monatliche Durchschnitt der Beiträge betrug 1914 11,1 Millionen Mark gegen 10,5 Millionen im Durchschnitt des Jahres 1913. Die Anträge auf Einleitung des Heilverfahrens durch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte haben infolge der Ernährungsschwierigkeiten stark zugenommen. Im Jahre 1916 wurden bisher 21 824 gegen 13 355 Anträge im Jahre 1915 gestellt; erledigt wurden in den ersten zehn Monaten von 1916 15 294 Fälle gegen 8673 in der gleichen Zeit des Jahres 1915. Die Kosten hierfür beliefen sich auf 8 Millionen gegen 6 Millionen im Vorjahre. Für schwebende Fälle sind noch 2,2 Millionen Mark gegen 1,4 Millionen in der gleichen Zeit des Jahres 1915 zu zahlen.

Alkohol und Tuberkulose.

Einen bemerkenswerten Beitrag zu dieser oft erörterten Frage liefert die kürzlich erschienene „Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten" von Privatdozent Dr. E. Brezina-Wien (A. Hölder, Wien und Leipzig). Anläßlich der Revision der Krankenstatistik, die seitens der Betriebskrankenkassen einiger großen Brauereien im Aufsichtsbezirk Pilsen der Gewerbebehörde vorgelegt war, wurde nach Mitteilung des Amtsarztes die Wahrnehmung gemacht, daß unter der Arbeiterschaft dieser Betriebe Tuberkulose viel häufiger vorkommt, als man bei den günstigen gesundheitlichen Verhältnissen dieses Gewerbes erwartet hätte. Bei näherer Nachforschung kam man zu der Überzeugung, daß die besondere Anfälligkeit der in dieser Industrie beschäftigten Personen für diese Krankheit nicht in ihren Arbeitsverhältnissen, sondern einzig und allein in ihrer Lebensweise begründet sei. Sie erhalten nämlich Freibier in größeren Mengen, als der Gesundheit zuträglich ist. In der Regel beginnt der Biergenuß schon in den frühesten Morgenstunden und dauert mit längeren oder kürzeren Unterbrechungen bis zum Schlafengehen an. Obwohl die Leute ein gesundes Aussehen zeigen, wird die Gesundheit geschädigt, bezw. die Widerstandsfähigkeit gegen Ansteckungen herabgesetzt. Unter Hinweis auf die Folgen dieses seit altersher gepflogenen Brauches empfahl der Amtsarzt den Brauereileitungen, die Ablösung wenigstens eines Teils des Freibiers in Geld in Erwägung zu ziehen. — Das ist gewiß sehr gut und recht. Wenn, wie nicht zu bezweifeln, der Alkoholgenuß, mindestens im Übermaß, eine Gefahr für die Gesundheit ist, so ist es auch gefährlich, ihm Vorschub zu leisten, wie es durch den Anbau von Gerste und Hopfen, durch den Betrieb von Brauereien, durch den Verkauf oder die freigebige Verabreichung von Bier und auch durch den Brauch des Freitrunks geschieht. Es ist „ein Brauch, von dem der Bruch mehr ehrt als die Befolgung". Wir würden es also begrüßen, wenn er abgeschafft würde. Wenn dies aber nur unter Ablösung in Geld geschehen könnte, so drängt sich doch die nachdenkliche Frage auf, wie wohl die an den Freitrunk Gewöhnten das Lösegeld anlegen würden.

Literarisches.

Versicherungsgesetz für Angestellte. Erläutert von K. Meinel, Senatspräsident im Kgl. bayr. Landesversicherungsamt. 2. Auflage. München, Berlin, Leipzig 1916, J. Schweitzer Verlag. 647 S. Preis (geb.) 6 ℳ.

Schweitzers „blaue Textausgaben" wichtiger Reichs- und bayerischer Landesgesetze mit Anmerkungen erfreuen sich, wegen ihres handlichen Formats und ihrer trefflichen Ausstattung in Druck und äußerer Anordnung, sowie wegen ihres verläßlichen und bei aller Knappheit der Fassung reichen Inhalts, mit Recht großer Beliebtheit bei den Rechtspraktikern. Die bezeichneten Vorzüge sind auch dem vorliegenden Buche eigen, das, nach einer hauptsächlich auf die Begründung des Gesetzentwurfs gestützten Einleitung, den Text des Gesetzes mit Anmerkungen auf Grund der Gesetzesmaterialien, der Ausführungsbestimmungen und der Rechtsprechung, dann in einem Anhang die Wahlordnungen, die Anleitung betreffend den Kreis der Versicherungspflichtigen, Merkblätter, Bekanntmachungen und Belehrungen der Reichsversicherungsanstalt, die Verordnungen über das Verfahren und schließlich die Verfügung des Reichspostamts betreffend Zahlkarten und Gutschriftzettel zur Beitragsentrichtung bringt. Auch die durch den Krieg veranlaßten Bekanntmachungen des Reichskanzlers, betreffend Verordnungen des Bundesrats sind im Anhang mitgeteilt, mit Ausnahme der Bekanntmachung vom 30. September 1916 (Arb.Vers. 1916 S. 711), die wohl noch nicht vorlag. Es wäre gut gewesen, wenn in den Anmerkungen zu den betreffenden Paragraphen des Gesetzes wenigstens kurz auf die im Anhang enthaltenen Bekanntmachungen hingewiesen und wenn im Inhaltsverzeichnis die einzel-

Digitized by Google

nen Bestandteile des Anhangs angeführt wären. Ohne dies fällt es nicht ganz leicht, sich über die durch den Krieg veranlaßten Rechtsänderungen zu unterrichten, zumal im alphabetischen Sachregister das Wort Krieg oder Kriegsteilnehmer nicht vorkommt. Indessen das sind geringfügige Mängel des sonst recht brauchbaren und empfehlenswerten Buches.

Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von den Mitgliedern. 6. Band, Berlin 1916, Verlag von Behrend & Co. XIV und 469 Seiten. Preis: 7,50 *M*, für Bezieher der „Amtl. Nachr. d. RVA." 6 *M*.

Wir haben wiederholt auf die Wichtigkeit dieser reichhaltigen Sammlung von Entscheidungen, Anordnungen und Mitteilungen aus dem Bereiche der Arbeiterversicherung aufmerksam gemacht und zuletzt im Heft 27 S. 645 des Jahrgangs 1916 dargelegt, was die Sammlung im allgemeinen bringt und worin ihr besonderer Wert liegt. Wir können uns daher begnügen, das Erscheinen des neuen, wieder sehr reichhaltigen Bandes hiermit anzuzeigen und der Beachtung zu empfehlen.

Handbuch der Vertreterwahlen in der Krankenversicherung. Von Arbeitersekretär Friedrich Kleeis. Berlin 1917, Verlag von Carl Giebel (Volkstüml. Zeitschr. für prakt. Arbeiterversf.). 143 Seiten. Preis: geb. 2,50 *M*.

Das Büchlein führt den Untertitel „Kommentar zu den Wahlordnungen für Krankenkassen. Der Text der Musterwahlordnung für allgemeine Ortskrankenkassen ist vollständig mitgeteilt und durch Anmerkungen erläutert. Außerdem sind aber auch aus der Mustersatzung, die auf die Wahlen zu den Kassenorganen bezüglichen Vorschriften herausgehoben und in entsprechender Weise behandelt, ferner die Besonderheiten für Landkrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Kassenverbände, sowie „allgemeine Wahlfragen" erörtert und im Anhang Entwürfe von Schriftsätzen in Wahlangelegenheiten beigefügt. Ein Sachregister nach der Buchstabenordnung erleichtert die Benutzung des Buches.

In dem handlichen, gut ausgestatteten Büchlein liegt das Ergebnis einer fleißigen, umsichtigen und geschickten Arbeit des bewährten Praktikers vor, der über reiche Erfahrung und Kenntnis der Rechtsprechung und Literatur verfügt. Die Beteiligten, insbesondere die Kassenorgane und Versicherungsbehörden haben hier ein willkommenes Hilfs- und Auskunftsmittel in den zahlreichen Zweifelsfragen des Wahlverfahrens.

Ein Arbeitstarifgesetz. Die Idee der sozialen Selbstbestimmung im Recht. Von Hugo Sinzheimer. München und Leipzig 1916. Verlag von Duncker & Humblot. 270 Seiten. Preis: geheftet 8 *M*.

Den gedankenreichen, immer anregenden Arbeiten des Verfassers im Gebiete des Arbeits- und insbesondere des Arbeitstarifrechts schließt sich das vorliegende Werk würdig an. Es geht in der Einführung davon aus, daß die Aufgabe der Rechtswissenschaft sich nicht in der Untersuchung des geltenden positiven Rechts erschöpfe, sondern daß sie auch als „legislative Rechtswissenschaft" für wandelbare soziale Bestrebungen die ihnen angemessenen Rechtsformen zu finden habe — nicht gebunden durch allgemeine Prinzipien, sondern frei und schöpferisch, nur beherrscht von den Zweckgedanken, denen sie dienen soll. Die legislative Rechtswissenschaft habe die Grundanschauungen, von denen sie bei ihren Gestaltungen ausgehe, auszusprechen und zu begründen. So sei von ihr auch der Tarifvertrag zu erfassen, der bereits nach heutigem Recht als ein Rechtsvertrag bestehe, bei dem aber Rechtswirkungen und Art ihrer Verwirklichung mit den sozialen Zwecken des Vertrages nicht vereinbar seien. Die Lösung des Widerspruchs zwischen diesen Zwecken und den gegenwärtigen Vertragsformen durch Aufstellung eines künftigen Arbeitstarifgesetzes ist sonach das Ziel der Untersuchung des Verfassers. Er entwickelt die Grundanschauungen, von denen auszugehen sei, dann die Grundformen zu einem neuen Aufbau des Tarifrechts: die Autonomie des Tarifvertrages, in der sich privatrechtliche und öffentlich-rechtliche Elemente zu einer selbständigen Einheit von Rechtsverhältnis und Rechtsquelle verbinden, und die „Selbstexekution" des Tarifvertrages, d. i. die Rechtsverwirklichung durch die in dem Vertrage wirksamen gesellschaftlichen Kräfte selbst. Daran schließen sich Ausführungen über die Idee der sozialen Selbstbestimmung im Recht uud insbesondere über die Bedeutung dieser Idee, wie sie im Tarifvertrage sich ausdrückt: Vertragsautonomie und Selbstexekution seien die neuen Kräfte, die nach weiterer gesetzlicher Anerkennung rufen, die der Staat sich einverleiben könne, wenn er darauf verzichte, Entscheidungsnormen im einzelnen zu geben und nur Formen zur Verfügung stelle, in denen die organisierten Gruppen selbst diese Normen schaffen und verwalten können.

Hiermit ist der reiche Gehalt des Buches nur im dürftigsten Auszuge angedeutet, um dem Leser zu empfehlen, sich mit den Gedankengängen des Verfassers durch Vertiefung in das Buch vertraut zu machen und so vorbereitet den angefügten „Entwurf eines Arbeitstarifgesetzes" verständnisvoll aufnehmen zu können. Den einzelnen Bestimmungen des Entwurfs sind Hinweise auf die vorausgeschickten Ausführungen beigefügt. Von Interesse für die Rechtsvergleichung sind auch die im Anhange mitgeteilten ausländischen Gesetzentwürfe über den gleichen Gegenstand.

Wo ein sozialer Wille ist, da ist ein Weg zu sozialem Fortschritt. Der soziale Wille, der Wille der Organisation, dem sich der Wille der einzelnen unterzuordnen hat und dessen Vorrang im künftigen Tarifrecht zur Anerkennung gelangen soll, hat in dem Verfasser des Buches einen besonders berufenen Berater und Wegweiser.

Betrachtungen zur wirtschaftlichen Lage der technischen Privatangestellten in Deutschland. Von Dr. Erich Carl Raßbach.. Heft 35 der Neuen Folge „Volkswirtschaftliche Abhandlungen der badischen Hochschulen". Karlsruhe 1916. G. Braunsche Hofbuchdruckerei und Verlag. 298 S. Preis 6 *M* (im Abonnement 4,80 *M*).

Die vorliegende Arbeit bezweckt eine Untersuchung derjenigen Probleme des Arbeitsverhältnisses, die insbesondere die technischen Angestellten betreffen, und gelangt zu dem Ergebnis, daß die in der letzten Zeit der wirtschaftlichen Entwicklung entstandene neue, ziffermäßig bedeutende Klasse von Arbeitnehmern — die „Angestellten" — überwiegend dauernd wirtschaftlich unselbständig bleiben, sich in ihrer rein wirtschaftlichen Lage nur unwesentlich von derjenigen der „besseren qualifizierten Arbeiter" unterscheiden, daß die Rechtslage der technischen Angestellten durchweg ungünstiger als die der Handlungsgehilfen ist und einer Reform durch Vereinheitlichung und Änderung der Rechtsnormen bedarf, daß eine Besserung der vertraglichen Lage der Angestellten in den Großbetrieben nur durch Steigerung ihres Interesses an dem Einzelunternehmen und ihres Verständnisses für dessen Bedürfnisse erreicht werden kann, daß endlich das ganze Problem sich noch im vollen Flusse der Entwicklung befindet und die künftige Gestaltung des Standes im wesentlichen von

Digitized by Google

Faktoren abhängt, die außerhalb der unmittelbaren Einflußsphäre der Angestellten selbst liegen. — Gewonnen wird dies (hier nur in gedrängtester Form wiedergegebene) Ergebnis auf Grund einer eingehenden Darstellung und Würdigung der tatsächlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Verhältnisse, auch der Organisationsformen und Organisationsbestrebungen der Angestelltenschaft. Ein Nachtrag zieht die Verhältnisse der Privatangestellten in den Vereinigten Staaten zum Vergleich heran. — Der Gegenstand und die Art der Darstellung sind fesselnd und rechtfertigen es, das Buch dem großen Kreise derjenigen, die an dem wichtigen sozialen Problem interessiert sind, zu empfehlen.

Kann ich als Kriegsbeschädigter Beamter werden? Von Rechnungsrat Demmig im Preuß. Kriegsministerium. Oldenburg i. Gr. bei Gerhard Stalling. 40 S. Preis 65 ₰.

Dies „Merkbuch für jeden Krieger vom Feldwebel abwärts" ist eine wertvolle Ergänzung zu den zahllosen Darstellungen der dem Kriegsteilnehmer und seinen Hinterbliebenen zustehenden Versorgungsansprüche. (Auch der Verfasser hat eine solche, sehr verbreitete Darstellung im gleichen Verlag erscheinen lassen unter dem Titel „Wie werde ich versorgt?") Behandelt werden: der Zivilversorgungsschein für mittlere und untere Beamtenstellen, die laufende und die einmalige Geldentschädigung für den Zivilversorgungsschein, der Anstellungsschein für den Unterbeamtendienst, der Zivilversorgungsschein für Angehörige der Landgendarmerie und der Schutzmannschaft, die Verwendung der Scheine (Anstellungsgrundsätze). Beigegeben sind überall Muster für Scheine, Anträge und Bescheide. Die reiche Erfahrung des Verfassers bürgt für die Zuverlässigkeit der klaren und faßlichen Darstellung. Auch äußerlich zeichnet sich das Heft durch guten Druck und übersichtliche Anordnung aus. Es kann allen Beteiligten empfohlen werden.

Die Heilkunde, Verdeutschung der entbehrlichen Fremdwörter aus der Sprache der Ärzte und Apotheker. Bearbeitet von Dr. Otto Kunow, Generaloberarzt z. D. in Halle a. S. Berlin 1915, Verlag des Allgemeinen Deutschen Sprachvereins. 7. Auflage. Preis 0,60 ℳ.

In demselben Verlag ist bereits eine ganze Reihe von „Verdeutschungsbüchern" des Vereins erschienen (I. Die Speisekarte, II. Handel, III. Das häusliche und gesellschaftliche Leben, IV. Deutsches Namenbüchlein, V. Die Amtssprache, VI. Das Berg- und Hüttenwesen, VII. Die Schule, IX. Tonkunst, Bühnenwesen und Tanz). Das vorliegende VIII. Heft wird besonders vielen willkommen sein, weil vielleicht auf keinem anderen Gebiete der Mißbrauch der Fremdwörter von breiten Volksklassen so störend und peinlich empfunden wird, wie in der Sprache der Ärzte und — — (Verzeihung für das Fremdwort) Apotheker. So steht das Wort auf dem Titelblatt und demgemäß fehlt es im Büchlein selbst unter den verdeutschten Wörtern. Man darf also auch in Zukunft den Apotheker einen Apotheker nennen. Dies und die Ausführungen in den Vorberichten zu den einzelnen Auflagen zeugen für die kluge Beschränkung, die sich der Verfasser auferlegt hat. Bei allem Ernst und aller Gründlichkeit ist er doch frei von unsachlichem Übereifer, der auch für eingebürgerte und durch kein vollwertiges deutsches Wort zu ersetzende Ausdrücke eine Verdeutschung zusammenquälen möchte. Anderseits erstaunt man über das Maß des bisherigen Unfugs, über die Fülle der ganz überflüssigen Fremdwörter, und über die große Zahl solcher, die man leicht für unübersetzbar halten mochte und für die dennoch, wie für die offenbar überflüssigen, ein vollkommen deckendes und verständliches oder doch ein solches deutsches Wort gefunden ist, das nur auf den entschlossenen Gebrauch wartet, um zu einem allgemeinverständlichen und treffenden Ausdruck für das scheinbar Unübersetzbare zu werden. Ärzte und Apotheker können sich nun durch fleißige Benutzung des ausführlichen Verdeutschungsbuches (102 Seiten!) mindestens in ihren Zeugnissen und Gutachen von der leidigen und unstößigen Gewöhnung an die fremdsprachigen Kunstausdrücke freimachen; solange aber diese Entwöhnung noch nicht allgemein durchgeführt ist und Versicherungsträger und Behörden noch genötigt sind, mit Fremdwörtern überladene Zeugnisse und Gutachten zu lesen, werden sie sich des handlichen Heftchens als eines trefflichen Wörterbuchs bedienen können.

Der menschliche Körper. Einfache Darstellung der Körperteile und Organe. Mit einem Anhang: Kleines medizinisches Wörterbuch. Im Selbstverlage des Herausgebers, Verwalter W. Weil in Heilbronn a. N. Preis 0,60 ℳ.

Das Buch verfolgt einen ähnlichen Zweck, wie das vorstehend besprochene, nur freilich in wesentlich engeren Grenzen. Es veranschaulicht durch bildliche Darstellungen die Körperteile und Organe und kennzeichnet die einzelnen Teile durch deutsche Bezeichnungen; daran schließt sich auf sechs Seiten ein kleines Verzeichnis der von der ärztlichen Wissenschaft häufigst gebrauchten und für Behörden und Versicherungsträger besonders wichtigen Fremdwörter. So kann auch diese Arbeit gute Dienste leisten.

Deutsche Sozialpolitik und der Krieg. Von Ministerialrat Professor Dr. Friedrich Zahn in München. In den „Annalen des Deutschen Reichs" (J. Schweitzer Verlag, München, Berlin und Leipzig) 1916 S. 1 ff., 169 ff., 449 ff. hat der Verfasser in einem inhaltreichen Aufsatze einleitend den Sinn der Sozialpolitik, ihre Bedeutung für den Krieg als „soziale Kriegsrüstung", ihre Leistungen im Kriege als „soziale Kriegführung" und den künftigen Wiederaufbau der Bevölkerung, die „soziale Friedensrüstung" eingehend und anschaulich dargelegt und erörtert.

Sozialhygienische Mitteilungen für Baden. Herausgegeben von der „Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene". Schriftleitung: Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe. Vierteljährlich ein Heft: 30 ₰, Jahresbezug: 1 ℳ — Das erste Heft dieser neuen Zeitschrift liegt uns vor. Der auf dem Gebiete der sozialen Hygiene bewährte Schriftleiter, dessen Name für einen wertvollen Inhalt bürgt, legt einleitend die Ziele und Wege der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene dar. Wir weisen ferner hin auf die Beiträge von Geh. Obermedizinalrat Dr. Hauser über Säuglingsfürsorge und soziale Hygiene, und von Regierungsrat Dr. Reiß über Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Landesversicherungsanstalt Baden.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Milch als Nahrungs- oder als Heilmittel?

1. Nach Niederbreisig. Frage: Ein Kassenmitglied, das an einem Magengeschwür und Nierenleiden erkrankt war, bedurfte laut ärztlichem Attest täglich zwei bis drei Liter Milch, da es nicht in der Lage war, alles zu essen. Ist die Kasse zur Bezahlung der Kosten in Höhe von insgesamt 60,30 ℳ verpflichtet? Unseres Erachtens handelt es sich in diesem Falle nicht um ein Heil-, sondern um ein Nahrungsmittel, aus welchem Grunde wir die Bezahlung abzulehnen geneigt sind.

Antwort: Für den geschilderten Fall teilen wir Ihre Ansicht. Der Kranke durfte mit Rücksicht auf seinen körperlichen Zustand nicht alle Nahrungsmittel zu sich nehmen. Als Ersatz hierfür mußte er, um die für seine Ernährung erforderlichen Stoffe zu sich zu nehmen, bestimmte Nahrungsmittel in größeren Mengen genießen. Es handelt sich also um Krankenkost, die die Kasse nur zu gewähren braucht, wenn die Satzung es vorsieht (§ 193 Abs. 2 RVO.). Das schließt nicht aus, daß unter anderen Umständen Milch auch unmittelbar dem Heilzwecke dienen, also ein Heilmittel sein kann.

Anspruch eines Kriegsbeschädigten auf Kassenleistungen neben Lazarettbehandlung.

2. Nach Oerlinghausen. Antwort: Durch etwaige Ansprüche des Kriegsbeschädigten gegen die Heeresverwaltung werden seine Ansprüche gegen die Krankenkasse, der er durch eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder auf Grund freiwilliger Versicherung angehört, nicht berührt (zu vgl. Bescheid des RVA. in ArbVers. 1915 S. 563). Soweit er ärztliche Behandlung und Heilmittel im Lazarett empfängt, erledigt sich selbstverständlich sein Anspruch gegen die Krankenkasse auf die entsprechenden Leistungen; aber das satzungsmäßige Krankengeld ist dem arbeitsunfähigen Versicherten auch für die Zeit seiner Verpflegung im Lazarett im vollen Betrage zu gewähren.

Leistungen der Kasse für einen zum Kriegsdienst eingezogenen Angestellten.

3. Nach Neudorf (Erzgebirge). Antwort: Was die Kasse dem zum Heeresdienst eingezogenen Kassen- und Rechnungsführer noch zu leisten hat und für welche Zeit, bestimmt sich in erster Reihe nach der Dienstordnung und dem Vertrage. Ist hierüber nichts bestimmt, so gilt § 616 BGB. Hierüber verweisen wir auf Arb.-Vers. 1914 S. 565, auf das Schreiben des Reichskanzlers daselbst S. 700, ferner auf die Auskunft 1916 S. 789 Ziff. 3 und auf die Entsch. des RVA. 1917 S. 7. Die Mehrkosten, die der Kasse daraus erwachsen, hat sie selbst zu tragen. Der Staat ist weder zur Gewährung einer Unterstützung an den Kassenbeamten noch zu einem Ersatz der der Kasse erwachsenden Mehrkosten verpflichtet.

Gemeinsamer Haushalt mit den Angehörigen nicht Voraussetzung für das Hausgeld.

4. Nach H. Antwort: Voraussetzung für den Anspruch auf Hausgeld ist nur, daß der im Krankenhaus untergebrachte Versicherte seine Angehörigen ganz oder überwiegend von seinem Arbeitsverdienst unterhalten, nicht aber, daß er mit ihnen in gemeinsamem Haushalt gelebt hat. Darum steht ihm der Anspruch auch dann zu, wenn seine Familie im Ausland — in Warschau — lebt, sofern er nur mehr als die Hälfte ihres Unterhalts aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat. (§ 186 RVO.)

Gerichtsvollzieher sind nicht krankenversicherungspflichtig.

5. Nach D. Antwort: Die Gerichtsvollzieher haben als Beamte die ihnen von den Parteien zugeteilten oder von Amts wegen zugewiesenen Aufträge selbständig nach den Vorschriften des Gesetzes ohne vorgängige Weisung des Gerichts, unter eigener Prüfung ihrer Zulässigkeit und unter unmittelbarer Verantwortlichkeit gegenüber den Auftraggebern zu erledigen. Sie sind Arbeitgeber der von ihnen zugezogenen versicherungspflichtigen Hilfspersonen (Entsch. des RVA. 1437 Amtl. Nachrichten 1909 S. 74), nicht aber selbst versicherungspflichtig.

Versagung des Krankengeldes in leichteren Betrugsfällen (§ 192 RVO.).

6. Nach S. Antwort: Für die Anwendbarkeit des § 24 der Satzung (§ 192 RVO.) ist nur Voraussetzung, daß die schädigende Handlung mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedroht ist, das heißt: daß das Gesetz diese Ehrenstrafe zuläßt. Nicht aber ist erforderlich, daß im Einzelfalle auch wirklich vom Gericht darauf erkannt worden ist. Es braucht sogar nicht einmal eine Verurteilung erfolgt zu sein (vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 5 zu § 192). Daher ist in der Regel bei einem gegen die Kasse begangenen Betrug das Krankengeld auch dann zu versagen, wenn das Gericht wegen Geringfügigkeit der Schädigung auf den Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte nicht erkennt oder voraussichtlich nicht erkennen würde. Wohl aber muß das Krankengeld gewährt werden in den Fällen, in denen das Gesetz den Verlust der Ehrenrechte überhaupt nicht zuläßt, nämlich im Falle des § 264a Str.-G.-B. Dessen Tatbestand ist dann gegeben, wenn jemand „aus Not sich oder einem Dritten geringwertige Gegenstände zum Schaden eines andern durch Täuschung (§ 263 Abs. 1) verschafft". Dann ist der Verlust der Ehrenrechte ausgeschlossen. Darum ist beim Betrug die Versagung des Krankengeldes unzulässig, wenn nicht nur der Gegenstand geringwertig ist, sondern außerdem der Täter auch aus Not gehandelt hat.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1881 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Kosiu; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1163 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. Februar 1917 | Heft 5

Die Geschäftsberichte der Versicherungsämter.

Von Versicherungsamtmann Dr. Jaeger in München.

I. Mit Bekanntmachung des Stellvertreters des Reichskanzlers vom 21. Oktober 1915 (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich 1915, S. 430; Amtl. Nachr. d. RVA., S. 807; Arb. Vers., S. 797) wurden bekanntlich die näheren Anordnungen für die gemäß § 98 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter (RGBl. S. 1107) und gemäß § 8 der Verordnung vom gleichen Tage über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter (RGBl. S. 1095) von den Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern jährlich zu erstattenden Geschäftsberichte getroffen und Muster für die den Geschäftsberichten beizufügenden Übersichten veröffentlicht. Die Bekanntmachung schreibt vor, daß die Geschäftsberichte Angaben über die besonderen Erfahrungen zu enthalten haben, welche die einzelnen Ämter über die Durchführung der Arbeiterversicherung im Berichtsjahre machten; es ist den obersten Verwaltungsbehörden der einzelnen Bundesstaaten überlassen, in dieser Richtung nähere Bestimmungen zu treffen. Die Bundesstaaten haben, soweit ersichtlich, bei den bisher von ihnen erlassenen Vollzugsvorschriften (Bayern: Entschließung des K. Staatsministeriums des Innern vom 23. Oktober 1916 im Min. Amtsbl., S. 261; Württemberg: Entschließung des K. Staatsministeriums des Innern vom 26. April 1916 im Min. Amtsbl., S. 76) von dieser Ermächtigung keinen Gebrauch gemacht. Es kann wohl angenommen werden, daß hierfür in erster Linie der Umstand maßgebend war, daß die durch den Krieg hervorgerufene außerordentliche Geschäftsbelastung der äußeren Behörden nicht noch weiter verschärft werden sollte. Anderseits mag auch der Gedanke eine Rolle gespielt haben, daß sich durch die Kriegsverhältnisse ohnehin nicht ein richtiges Bild über die Geschäfte der Versicherungsämter, wie sie sich eigentlich im Vollzug der Reichsversicherungsordnung ergeben sollten, feststellen lassen wird, so daß sich zunächst eingehendere Vorschriften erübrigten. Denn daß bei kleineren, namentlich den staatlichen Versicherungsämtern, bei denen der Vollzug der allgemeinen Verwaltungsaufgaben und derjenige der Reichsversicherung denselben Personen obliegt, gegenüber den dringlicheren Aufgaben der wirtschaftlichen und sozialen Kriegsfürsorge gegenwärtig alles andere in den Hintergrund treten muß, ist klar.

Das Unterbleiben genauerer Richtlinien über die Geschäftsberichte der Versicherungsämter ist trotzdem bedauerlich. Zunächst wird, wie sich aus der Bekanntmachung zweifelfrei ergibt, den Versicherungsämtern die Erstattung der Geschäftsberichte selbst nicht erlassen; denn darüber, welche besonderen Erfahrungen die Ämter bei der Durchführung der Arbeiterversicherung gemacht haben, ist auch in der Kriegszeit zu berichten; da die Übersichten nur rohes Zahlenmaterial ent-

Digitized by Google

halten werden, muß also hierüber in besonderer Form, eben durch die Geschäftsberichte, Mitteilung gemacht werden. Die Verwertung der besonderen Erfahrungen ist aber anderseits wieder zum großen Teil davon abhängig, daß die Übersichten statistisch alles hierzu nötige Material umfassen. In dieser Richtung lassen nun die amtlichen Übersichten leider sehr viel zu wünschen übrig. Beschränken sich, wie ja wohl zu erwarten steht, die Versicherungsämter auf die Einreichung dieser Übersichten und eines aus ihrem Zahlenmaterial geschöpften kurzen Berichts, so werden weite Gebiete, die, wie nachstehend erörtert werden wird, für die Frage des Vollzugs und die Handhabung der Arbeiterversicherung und die etwa hierbei hervorgetretenen Mängel sehr wichtig sind, völlig außer Betracht bleiben. Dazu kommt, daß eben nur bei den kleineren, auch noch mit anderen Aufgaben betrauten Versicherungsämtern von der Eingangs erwähnten Geschäftsbelastung und von einem Zurücktreten der versicherungsamtlichen Tätigkeit hinter den anderen, durch den Krieg hervorgerufenen dringlicheren Geschäftsaufgaben gesprochen werden kann. Die größeren Behörden, namentlich die Städte, haben zumeist eigene, ausschließlich dem Vollzug der RVO. gewidmete Ämter mit nur für deren Aufgaben bestimmtes Personal; ihnen dürfte es, trotz der Minderung des letzteren durch Einberufungen und Abstellungen an andere Abteilungen der Behörde, nicht schwer fallen, auch für eingehendere Geschäftsberichte die Vorarbeiten zu treffen. Da das dort anfallende Material zudem nicht vor anderen Arbeiten zurückgestellt, sondern auch während des Krieges mit tunlichster Beschleunigung aufgearbeitet werden wird und in seinem Umfang wohl alle Gebiete der Reichsversicherung berührt, so können hier sehr wohl Erfahrungen gesammelt werden, die wertvolle Winke für den Vollzug der Arbeiterversicherung und gegebenenfalls für ihren weiteren Ausbau zu bieten vermögen. Es wäre zu bedauern, wenn dieses Material ungenützt liegen bliebe, zumal wir wohl damit rechnen müssen, daß über kurz oder lang nach Beendigung des Krieges eine Umgestaltung mancher Gebiete der Reichsversicherung vorgenommen wird; es sei nur auf die Übernahme der Kriegswochenhilfe in die Friedenszeit, die Frage der Hausgewerbetreibenden, die Frage der Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Kassen usw. hingewiesen. Bei dieser Gelegenheit dürfte es dann zweckmäßig sein, auch andere bereits zutage getretene Unzulänglichkeiten der RVO. zu beseitigen. Anhaltspunkte hierzu werden in erster Linie die Geschäftsberichte der Versicherungsbehörden zu bieten haben.

Die zu machenden Erfahrungen lassen sich nun allerdings nicht alle statistisch schon im Voraus erfassen und in Form von Übersichten vorbereitend niederlegen. Sie werden in ihren wichtigsten Punkten zumeist erst aus der Praxis selbst geschöpft werden müssen. Immerhin vermag ihre Darlegung wesentlich durch einen weiteren Ausbau der zurzeit gegebenen Übersichten gefördert zu werden, da hierdurch der Blick der ausführenden Behörden bereits in die entsprechende Richtung gelenkt wird. Es sollen daher nachstehend einige Winke gegeben werden, in welcher Beziehung dieser Ausbau wünschenswert scheint.

II. Verhältnismäßig am geschlossensten ist derjenige Teil der Übersicht, der von der Krankenversicherung handelt. Es erklärt sich dies zwanglos aus der Tatsache, daß hier das Versicherungsamt als erste Instanz tätig wird und daher die anhängig werdenden Fälle zumeist bei ihm selbst einem vorläufigen oder endgültigen Ende durch Urteil, Vergleich, Anerkenntnis oder Zurücknahme entgegengeführt werden. Erfahrungen über den Vollzug der Arbeiterversicherung, namentlich solche in der Richtung der Aufdeckung etwa bestehender Mängel werden bei ihr auch mit am wenigsten gemacht werden. Dies gilt vor allem für das durch das Gesetz bereits in ein klares System gebrachte Verfahren. Immerhin kann auch hier noch ein eingehenderer Ausbau vorgenommen werden. Ein solcher käme in folgender Richtung in Betracht:

Digitized by Google

Die Übersicht erfaßt von den Vorentscheidungen nur diejenigen, welche rechtskräftig wurden. Es erscheint nicht ohne Interesse, zu erfahren, wieviele Vorentscheidungen angefochten wurden, ob die Anfechtung unmittelbar durch das Rechtsmittel der Berufung erfolgte oder ob von dem Rechte, den Vorsitzenden, den Spruch- oder Beschlußausschuß anzugehen, Gebrauch gemacht wurde. Um weiterhin beurteilen zu können, wie sich der Ausspruch der Entscheidungen der kollegialen Behörden des Versicherungsamtes gegenüber den büromäßig und möglicherweise unter stark juristischen Gesichtspunkten getroffenen Entscheidungen des Vorsitzenden verhält, dürfte es zweckmäßig sein, die bisher nur bei den Entscheidungen des Spruchausschusses gestellte Frage, wieviele der Entscheidungen zugunsten des Versicherten ergingen, auf alle Entscheidungen auszudehnen. Dadurch würde die Bewegung der Rechtsprechung genauer dargestellt. Wo es die Verhältnisse gestatten, wäre es dann sehr begrüßenswert, auch den Ergebnissen weiterer Rechtsmittel in der zweiten und dritten Instanz in ihrem Hinblick auf die ersten Entscheidungen (Vorentscheidung, Urteil, Beschluß) des Versicherungsamts nachzugehen und anzugeben, ob die versicherungsamtliche Entscheidung bestätigt, aufgehoben, abgeändert oder zurückverwiesen wurde. Wenn die Ergebnisse der Statistik in dieser Richtung auch nicht jeweils sofort nach Abschluß des Geschäftsjahres vorliegen, so lassen sie sich doch bei den folgenden Geschäftsberichten noch nachträglich verwerten. Ihre genaue Durchführung würde vor allem auch Material zutage fördern, ob der so häufig und wie die Erfahrung lehrt, zumeist zu Unrecht gegen die Laienbeisitzer der unteren Instanzen erhobene Vorwurf, daß ihre Entscheidungen lediglich vom einseitigen Standpunkt des Versicherten aus ergehen und die Sach- und Rechtslage nicht berücksichtigen, zu Recht besteht oder nicht.

Eine Angabe darüber, welcher Art der Streitgegenstand der einzelnen Fälle war, z. B. Ersatzstreit, Verweigerung der Krankenunterstützung, der Wochenhilfe, des Sterbegeldes, Verneinung der Versicherungspflicht usw., erscheint ebenso zweckmäßig, wie die Anführung der am Streite jeweils beteiligten Krankenkassen des Amtsbezirks, sowie auswärtiger Bezirke.

Die jetzige Stelle für Beweiserhebungen läßt ferner in keiner Weise ersehen, wie weit die Versicherungsämter von der doch ziemlich umfassenden Macht Gebrauch machen, die § 1652 RVO. in ihre Hände legt. Eine Scheidung nach eidlichen und uneidlichen Beweiserhebungen, nach ärztlichen Gutachten, die eingeholt wurden, sowie etwa auch noch nach der Zahl der lediglich vorbereitenden (§ 28 Abs. 5 VAO.) und der förmlichen (§ 25 VAO.) Beweiserhebung dürfte nicht unzweckmäßig sein.

Rein statistischen Erhebungen würde eine Erweiterung der Übersicht über die Zahl der Enthebungen von Vertretern der Kassenorgane und der Versicherungsvertreter, sowie ihrer event. Bestrafungen, jeweils geschieden nach Arbeitgebern und nach Versicherten, über die Zahl der Beschlüsse nach § 396 (Verteilung der Beiträge) und nach § 398 (Anordnung über die Beitragszahlung rückständiger Arbeitgeber), über die Bestrafungen von Zeugen und Sachverständigen nach § 1577 RVO., über die erfolgte Genehmigung von Krankenordnungen über die im Rechtshilfeverfahren vorgenommenen Erhebungen und Einvernahmen dienen. Es ist Ermessenssache, wie weit hier das einzelne Amt in der Spezialisierung gehen will.

Daß dem Vollzug der Kriegsgesetze (Wochenhilfe, Gesetze über die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und über die Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung usw.), deren Nichtaufnahme in die amtlichen Übersichten aus ihrer auf die Friedenszeit gedachten Zweckbestimmung ohne weiteres erklärlich ist, besondere Abschnitte zuzubilligen sind, versteht sich eigentlich von selbst.

III. Den nichtssagendsten Eindruck macht die der Unfallversicherung gewidmete Spalte der Übersicht. Es ist reines totes

Digitized by Google

Zahlenmaterial, das hier geboten werden soll. Und doch wäre gerade auf diesem Gebiete Anlaß genug vorhanden gewesen, genau zu erforschen, ob und welcher Wert den eigentlichen Aufgaben der Versicherungsämter auf dem Gebiete des 3. Buches der RVO. den im ganzen doch recht zweifelhaften Bestimmungen über das Einspruchverfahren beizumessen ist. Es wird Sache der Versicherungsämter sein, den Beweis oder Gegenbeweis für die angebliche Vortrefflichkeit dieses Verfahrens zu erbringen und zu zeigen, ob ihre Tätigkeit in Wirklichkeit nicht nur allzuoft lediglich verlorene Liebesmühe gewesen ist. Hier müßte genau angegeben werden, wie oft die Berechtigten von dem ihnen zustehenden Rechte der selbständigen Einholung ärztlicher Gutachten (§ 1596 RVO.) Gebrauch gemacht haben, wie oft das Versicherungsamt den behandelnden Arzt (§ 1595 RVO.), wie oft es andere ärztliche Gutachter (§ 1598 RVO.) gehört hat. Auch wird sich eine Darlegung der Zahl der nach § 1598 RVO. sonst noch vorgenommenen Ermittelungen (Arbeitgeberauskünfte, Zeugenaussagen) empfehlen.

Als selbstverständlich wird die Ausscheidung der Kommissionsgutachten nach der Richtung anzusehen sein, ob sie sich zugunsten oder zuungunsten der Versicherten aussprechen, ferner die Anführung, wie oft und in welchem Sinne das Versicherungsamt vom Rechte der Äußerung nach § 1598 RVO. Gebrauch machte.

Das Ergebnis des Einspruchsverfahrens, namentlich die Beachtung, welche die Berufsgenossenschaften den gutachtlichen Äußerungen des Vorsitzenden allein (§ 1598 RVO.) oder des erweiterten Versicherungsamtes (§ 1605 RVO.) schenken, darzustellen, ist ja bei dem gegenwärtigen System leider nicht möglich. Immerhin werden die Versicherungsämter gut daran tun, die bei ihnen durchgehenden Akten in dieser Richtung durchzusehen. Es wird sich dann wohl leider ergeben, daß die Versicherungsträger die Gutachten der Versicherungsämter in der Regel lediglich dann zu verwerten wissen, wenn sie zu ihren Gunsten sprechen, daß sie aber nur in den wenigsten Fällen bereit sind, ihrer Anschauung widersprechende Meinungen überhaupt nur zu entkräften. Die Erfahrungen, die in dieser Richtung Seeger (vgl. „Zentralblatt der Reichsversicherung" 1915, S. 263) gemacht hat, sind wenigstens durch das inzwischen beim Städt. Versicherungsamt München eingegangene, in absehbarer Zeit wohl zur Veröffentlichung reife Material nur durchaus bestätigt worden. Die Frage nach den Ergebnissen des Einspruchverfahrens wäre unvollständig, wenn sie sich nicht auf einen der Hauptgründe seiner Einführung erstrecken und darstellen würde: wie weit es der unparteiischen dritten Stelle gelungen ist, in gegenseitiger Aussprache den Berechtigten zur Zurücknahme aussichtsloser Einsprüche zu bewegen.

Eine besondere Beachtung wird ferner die Frage des Vollzugs der §§ 115, 1571, 1572 RVO. erfordern. Es wird sich hierbei wohl die Tatsache ergeben, daß die Versicherungsämter sehr oft mit Rechtshilfeersuchen auch in solchen Fällen angegangen werden, in denen der Vollzug durch die ersuchende Behörde selbst hätte vorgenommen werden können, daß aber wohl nur in den seltensten Fällen die *gesamte* Aufklärung des Sachverhalts (§ 1572 RVO.) in die Hände des Vorsitzenden des Versicherungsamts gelegt wird.

Wie weit die Versicherungsämter dazu übergehen wollen, die behandelten Einsprüche nach den Streitgegenständen und Streitgründen zu sondern (Einspruch wegen Rentenminderung, Rentenablehnung, Gründe derselben, z. B. Nichtvorliegen eines Betriebsunfalls, mangelnde Eigenschaft als versicherte Person, mangelnder ursächlicher Zusammenhang, falsche Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes usw.), sowie die Berufsgenossenschaften anzuführen, welche an den Einsprüchen beteiligt waren, ist Sache des freien Ermessens. Es wird sich jedoch hierbei Gelegenheit bieten, überhaupt Erfahrungen über die Art des Verhaltens der einzelnen Versicherungsträger beim Feststellungsverfahren zu sammeln.

Besondere Erwähnung dürften die Vor-

Digitized by Google

entscheidungen wegen Übertretung der Unfallverhütungsvorschriften, die Anordnungen gegen die mit der Zahlung der Beiträge rückständig gebliebenen Unternehmer (§§ 765, 771 RVO.), die Vereidigung von Genossenschaftsorganen, die Betriebsanmeldungen, sowie die behandelten Kapitalabfindungen erfordern.

IV. Von dem bei der Unfallversicherung Gesagten gilt manches auch für den Teil der vorgeschriebenen Übersichten, welcher der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gewidmet ist, obwohl hier etwas mehr Ausführlichkeit herrscht. Zunächst sollte auf eine Unterscheidung der durch Abgabe an den Versicherungsträger erledigten Sachen in dem Sinne gesehen werden, daß die Art der Sachen (Anträge auf Invaliden-, Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisenrente, Witwengeld und Waisenaussteuer, Rentenentziehungen, Anwartschaftsbescheide, Heilverfahren), das Geschlecht der Antragsteller und weiterhin zu ersehen ist, ob es sich bei den von vornherein zur Ablehnung reifen oder bei den in der Kommission zur Beratung gelangenden Sachen um die Frage der Invalidität, der Erfüllung der Wartezeit oder der Erhaltung der Anwartschaft handelte. Von besonderer Wichtigkeit nicht nur für die Gegenwart, sondern wohl auch noch auf Jahre hinaus wird dann die Frage sein, wieviel Anträge von Kriegsteilnehmern und ihren Hinterbliebenen gestellt und ursächlich auf Folgen der Kriegsteilnahme zurückgeführt worden sind. Wenn diese Ausscheidungen auch in den Berichten der Landesversicherungsanstalten zutage treten, so empfehlen sie sich doch auch für die einzelnen Versicherungsämter, da sich hierdurch eine bessere Übersicht über die örtliche Verteilung der Anträge Kriegsinvalider und ihrer Hinterbliebenen bzw. bei Rentenentziehungen kriegsinvalider Rentenempfänger gewinnen läßt. Eine ähnliche Scheidung wird für die nächste Zeit bei den durch Zurückweisung (§ 1635 RVO.) oder auf andere Weise erledigten Anträgen am Platze sein.

Wie in der Unfallversicherung, gewinnt auch in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Frage Interesse, wie oft die Antragsteller von dem ihnen eingeräumten Rechte der Einholung ärztlicher Gutachten auf eigene Kosten (§ 1617 Abs. 3 RVO.) Gebrauch gemacht haben, wie oft das Versicherungsamt von sich aus ärztliche Begutachtungen vornehmen ließ und ob seine sonstigen Beweiserhebungen eidlicher oder uneidlicher Natur waren, sowie wie oft es das persönliche Erscheinen des Antragstellers anordnete. Auch die Zahl der Sitzungen, der in ihnen behandelten Fälle, sowie ob das Gutachten der Kommission zugunsten oder zuungunsten des Berechtigten lautet, dürfte für die Vollständigkeit der Übersicht über die Tätigkeit der Versicherungsämter wenigstens statistischen Wert besitzen.

Bei den Beschlußsachen wird eine erweiterte Spezialisierung der erledigten „sonstigen Sachen" auf die in dieser Spalte wohl die Mehrzahl bildenden Befreiungen von der Versicherungspflicht nicht unangebracht sein. Bei dieser Gelegenheit sei auch darauf verwiesen, daß die Übersicht über die Tätigkeit in anderen Spruchsachen über die doch ziemlich häufig vorkommenden, hier einschlägigen Beschlüsse im Rentenüberweisungsverfahren nichts ersehen läßt, daß also auch deren Ausscheidung am Platze wäre. Ob auch auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung festzustellen ist, wie weit ergangene Vorentscheidungen und Beschlüsse die Rechtskraft beschritten haben, wie weit, so weit zulässig, die Anrufung des Beschlußausschusses erfolgt, wieweit Rechtsmittel eingelegt werden und welches deren Erfolg ist, kann ebenso dem jeweiligen Ermessen überlassen bleiben, wie die Frage der Aufnahme der Rechtshilfesachen in die Übersicht. Hier wäre sodann auch die Aufführung der durch das Versicherungsamt verhängten Strafen zu erwähnen.

V. Unabhängig von dem ja nur die Tätigkeit der Versicherungsämter als solcher berührenden Frage der Übersichten und Geschäftsberichte, muß jedoch für die Geschäftsberichte der selbständigen Versicherungsämter

Digitized by Google

auf folgendes hingewiesen werden: In den Städten wird es zumeist üblich sein, die nach der RVO. der Ortspolizeibehörde zugewiesenen Aufgaben den Versicherungsämtern zu übertragen. Hier wird eine Erweiterung der Geschäftsberichte in dieser Richtung in Frage kommen. Sie wird sich auf dem Gebiete der Unfallversicherung auf die Zahl der eingegangenen Unfallanzeigen und der vorgenommenen Unfalluntersuchungsverhandlungen geschieden in gewerbliche, landwirtschaftliche und, wo nötig, seewirtschaftliche Betriebe erstrecken. Eine besondere Spalte wird dem Geschäftsbericht der Städt. Unfallversicherung zu widmen sein, sofern die Stadt als Ausführungsbehörde in Betracht kommt. Bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung handelt es sich um die Zahl der gestellten Anträge, deren Aufführung in ähnlicher Weise und in Verbindung mit den an das Versicherungsamt abgegebenen Anträgen erfolgen kann, ferner um die Zahl der umgetauschten und neu ausgestellten Quittungskarten, geschieden nach versicherungspflichtigen Personen und nach Selbstversicherern, nach männlichen und weiblichen Personen.

Die Geschäftsberichte der Versicherungsämter werden, entsprechend geführt, eine Fundgrube für kommende Vorschläge einer weiteren Ausgestaltung der Reichsversicherung, namentlich auf dem Gebiete des Verfahrens sein. Es ist eine Pflicht der Versicherungsämter durch ausführliche Darstellung aller ihrer im Laufe eines Geschäftsjahres gemachten Erfahrungen auch ihrerseits dazu beizutragen, daß in künftigen Fassungen der Gesetze jetzt oft nur zu sehr zutage tretende Mängel und Nachteile nach Tunlichkeit im Interesse der Versicherten und des Ansehens der mit dem Vollzug betrauten Behörden vermieden werden.

Die Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts zur Ausführung der §§ 573 bis 576 RVO. *)

In der Augustnummer der AN. des RVA vom Jahre 1916 sind auf Seite 567 bis 570 Ausführungsbestimmungen des RVA. zu den §§ 573 bis 576 RVO.*) veröffentlicht worden.**) Die neuen Bestimmungen wurden, nachdem das RVA. über verschiedene grundsätzliche Rechtsfragen auf diesem Gebiete entschieden hatte, nach eingehenden Beratungen mit Vertretern der Verbände der BGn. und KKn. erlassen.

Die Rechtsgrundlage dieser Bestimmungen bilden die §§ 578 und 1083 RVO. Ihr Zweck ist, näheres zur Ausführung der §§ 573 bis 576 RVO. zu bestimmen, die nach § 1083 RVO. auch für Seeleute gelten; sie entsprechen den zur Ausführung des § 5 Abs. 9 (§ 12 Abs. 1) GUVG. und des § 14 Abs. 1 (§ 10 Abs. 1) SUVG. ergangenen, inzwischen außer Kraft getretenen Bekanntmachungen des RVA. vom 30. September 1885 (AN. 1885 S. 283) und vom 21. Dezember 1887 (AN. 1888 S. 14). Die Ausführungsbestimmungen erstrecken sich nur auf Unfallverletzte, die der gewerblichen UV. und und der See-UV. unterliegen, letztere soweit sie nicht zur Zweiganstalt (§ 1120 RVO.) gehören (§ 1087 Abs. 1 a. a. O.). Dagegen beziehen sie sich nicht auf die der landwirtschaftlichen UV. unterstehenden Verletzten, da für diese nicht die §§ 573 bis 578, sondern die Sondervorschriften der §§ 942 ff. RVO. gelten.

Nach § 578 RVO. wäre das RVA. auch

*) Aus Heft 11/12 der von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts herausgegebenen „Monatsblätter für Arbeiterversicherung" (1916). — AN. = Amtliche Nachrichten; BG. = Berufsgenossenschaft; KK. = Krankenkasse; UV. = Unfallversicherung; GUVG. = Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz; SUVG. = See-Unfallversicherungsgesetz.

**) Arb.Vers. 1916 Heft 27 S. 639.

Digitized by Google

ermächtigt gewesen, zu § 577 der RVO. näheres zu bestimmen. Der Erlaß besonderer Ausführungsbestimmungen für diese Ausnahmefälle, in denen der Verletzte nicht auf Grund der RVO. oder bei einer knappschaftlichen KK. gegen Krankheit versichert ist, wurde aus Zweckmäßigkeitsgründen zurückgestellt, um weitere Erfahrungen abzuwarten (zu vergl. die Anmerkung zu der Bekanntmachung des RVA. S. 567 unten).

Die §§ 573 bis 576 RVO. betreffen die Leistungen der KKn. während der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall, der sogenannten Wartezeit der UV. Auch die Ausführungsbestimmungen des RVA. waren deshalb auf dieses Gebiet zu beschränken; sie beziehen sich also nicht auf die Aufwendungen der KK. nach Ablauf der dreizehnten Woche (zu vergl. hierüber die §§ 1501 ff. RVO.).

§ 1 der Ausführungsbestimmungen regelt im Anschluß an § 573 Abs. 1 RVO. die Höhe der bei Unfallerkrankungen während der fünften bis zur dreizehnten Woche nach dem Unfall zu gewährenden Barleistungen, und zwar betrifft Abs. 1 das gewöhnliche Krankengeld und das Hausgeld. Er bestimmt im Anschluß an § 573 Abs. 1 Satz 2 RVO. zunächst, daß das Krankengeld bei Unfallerkrankungen in dieser Zeit regelmäßig auf zwei Drittel des Grundlohns zu erhöhen ist. Gleichzeitig wird hier zur Erläuterung des § 573 Abs. 1 Satz 4 RVO. die Höhe des bei Krankenhauspflege (§ 184 RVO.) beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 186 RVO. zu zahlenden Hausgeldes bestimmt. Es bemißt sich bei Unfallerkrankungen regelmäßig auf den festen Satz der Hälfte des Unfallkrankengeldes, also auf ein Drittel des Grundlohns (zu vergl. die Entsch. 1993, AN. 1915 S. 435). Als maßgebender Grundlohn gilt derjenige, der für den Verletzten nach der Kassensatzung bei seiner KK. maßgebend ist. Der Satz von zwei Dritteln und einem Drittel des Grundlohns für das Unfallkrankengeld und Hausgeld bildet nur den regelmäßigen Mindesthöchstbetrag der bei Unfallerkrankungen zu gewährenden Barleistungen. Gewährt die Kasse als Mehrleistungen allgemein auch bei den nicht auf einen Unfall zurückzuführenden Erkrankungen schon Krankengeld in dieser Höhe oder darüber hinaus, so ist es auch bei Unfallerkrankungen nicht zu erhöhen. Dies wird durch Satz 2 des Abs. 1 (§ 1) der Bestimmungen ausgedrückt.

Der Abs. 2 des § 1 enthält Bestimmungen über die Erhöhung des sogenannten Taschengeldes (§ 194 Nr. 2 RVO.), eine Frage, die in der Praxis verschiedentlich zu Zweifeln Anlaß gegeben hat. Er bestimmt im Anschluß an die in der RevE. 1957 (AN. 1915 S. 354) näher entwickelten Grundsätze, daß das Taschengeld um den gleichen Bruchteil seines Betrags zu erhöhen ist, um den das gewöhnliche Krankengeld zu erhöhen wäre. Die Bestimmung ist in einer Anmerkung durch zwei Zahlenbeispiele erläutert worden, die hier wiederholt werden. Beispiel I: Krankengeld 3 ℳ (in Höhe des halben Grundlohns von 6 ℳ); Unfallkrankengeld = 4 ℳ (⅔ des Grundlohns von 6 ℳ); ersteres also um ⅓ seines Betrags erhöht; Taschengeld durch die Satzung auf $^1/_{20}$ des Grundlohns bestimmt = 0,30 ℳ, zu erhöhen bei Unfallerkrankungen ebenfalls um ⅓ seines Betrags, d. h. um 0,10 ℳ; Unfalltaschengeld dann also = 0,40 ℳ. Beispiel II: Grundlohn 4,50 ℳ, satzungsmäßiges Krankengeld $^3/_5$ des Grundlohns (§ 191 RVO.) = 2,70 ℳ; Unfallkrankengeld (⅔ von 4,50 ℳ) = 3 ℳ; ersteres also um $^1/_{10}$ seines Betrages (um 0,30 ℳ) erhöht; Taschengeld durch die Satzung auf $^1/_{10}$ des Krankengeldes bestimmt = 0,27 ℳ; zu erhöhen bei Unfällen ebenfalls um $^1/_{10}$ seines Betrages, d. h. um 0,03 ℳ; Unfalltaschengeld dann also = 0,30 ℳ. Der Fall des Beispiels I für die Erhöhung des Taschengeldes dürfte der in der Praxis häufigste sein, da die meisten KKn. das gewöhnliche Krankengeld nur in Höhe der Regelleistungen gewähren, und dieses bei Unfällen also um ⅓ seines Betrages (auf ⅔ des Grundlohns) zu erhöhen ist. Der Höchstbetrag des Unfalltaschengeldes beträgt ⅓ des Grundlohns. In dieser Höhe ist es dann zu gewähren, wenn es nach

Digitized by Google

der Satzung bei sonstigen Erkrankungen in dem in § 194 Nr. 2 RVO. zugelassenen Höchstbetrage von ¼ des Grundlohns und das gewöhnliche Krankengeld in Höhe der Regelleistungen (½ des Grundlohns) zu zahlen ist.

§ 2 der Bekanntmachung bestimmt näheres über die Berechnung des Beginns der Frist, von der an der Mehrbetrag an Unfallkrankengeld oder Hausgeld zu zahlen ist. Danach ist der Beginn der fünften Woche stets von dem Tage des Unfalls ab zu rechnen; der Tag des Unfalls ist dabei nicht mitzuzählen (zu vergl. § 2 der früheren Bekanntmachung). Der Unfallzuschuß ist also von dem 29. bis zum 92. Tage nach dem Eintritt des Unfalls zu zahlen, nicht darüber hinaus, auch wenn in die Zeit des Krankengeldbezugs eine Zeit fällt, in der nur Krankenpflege zu gewähren war. Ohne Einfluß auf diese Berechnung ist die dreitägige Wartefrist des § 182 Nr. 2 RVO. für den Bezug des Krankengeldes; die Frist läuft auch dann vom Tage des Unfalls ab, wenn die Arbeitsunfähigkeit erst nach dem vierten Krankheitstag eintritt und Krankengeld infolgedessen erst von diesem späteren Zeitpunkt ab zu gewähren war.

Zur Vermeidung von Zweifeln stellt § 3 der Bekanntmachung klar, daß neben den versicherungspflichtigen auch die versicherungsberechtigten Mitglieder der KKn. und knappschaftlichen KKn. unter § 573 RVO. fallen.

§ 4 betrifft die Ausnahmefälle, in denen ein Verletzter zwar gegen Krankheit versichert, § 577 RVO. also nicht anzuwenden ist, in denen er aber gleichwohl bei nicht durch Unfall verursachten Erkrankungen keinen Anspruch auf Krankenhilfe gegen seine KK. haben würde. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn der Unfall während des Laufes einer nach den §§ 207, 451 RVO. bestimmten Wartezeit eintritt (zu vergl. die RekE. 2088, AN. 1915 S. 669). In derartigen Fällen hat die KK. dem Verletzten Krankenhilfe in Höhe der Regelleistungen nach § 179 RVO. und außerdem, vom Beginne der fünften Woche nach dem Unfall, auch den Unfallzuschuß zu gewähren (§ 573 Abs. 1 RVO.). Für ihre gesamten Mehraufwendungen, auch bezüglich der Sachleistungen, kann die Kasse dann nach § 576 Abs. 2 RVO. Ersatz beanspruchen (zu vergl. die Ausführungen auf S. 98 bis 100 der MblfAV. Jahrgang 1916).

Nach § 192 RVO. kann die Satzung der KK. bestimmen, daß das Krankengeld — nicht auch das Hausgeld — unter den dort bezeichneten Voraussetzungen ganz oder teilweise zu versagen ist. Derartige Satzungsbestimmungen werden hinsichtlich Unfallerkrankter durch § 573 Abs. 1 Satz 3 RVO. zum Teil außer Kraft gesetzt, der in Übereinstimmung mit § 557 RVO. vorschreibt, daß hier das Krankengeld im Falle des § 192 RVO. nur dann versagt werden darf, wenn der Verletzte sich den Unfall beim Begehen eines Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens zugezogen hat. Zur Erläuterung dieser Vorschrift bestimmt der § 5 der Bekanntmachung näheres (wegen des zweiten Satzteils zu vergl. §§ 557 Abs. 2 und 1083 Satz 2 RVO.).

§ 6 der Bekanntmachung betrifft die Fälle der sogenannten Doppelversicherung. In dieser Hinsicht schreibt § 573 Abs. 2 RVO. die entsprechende Anwendung der allgemeinen Vorschrift des § 189 RVO. vor. Es hat demnach auch bei Unfallerkrankungen eine Kürzung des „gesamten" Krankengeldes, also einschließlich des Unfallzuschusses (§ 1 der Bekanntmachung), einzutreten, soweit nicht wieder die Kassensatzung ihrerseits bestimmt, daß das Krankengeld nicht oder nur teilweise zu kürzen ist. Eine dementsprechende Bestimmung ist in § 6 Abs. 1 der Bekanntmachung enthalten. Dabei wird in Abs. 2 noch darauf hingewiesen, daß die Kürzung in den Fällen des § 573 RVO. auch dann einzutreten hat, wenn der Verletzte gegenüber der anderen Versicherungseinrichtung keinen eigentlichen Rechtsanspruch auf das Krankengeld hat, ein Grundsatz, den das RVA. bereits vor Erlaß der Ausführungsbestimmungen in der Entsch. 1936 (AN. 1914 S. 819) ausgesprochen hat.

Digitized by Google

§ 7 der Bekanntmachung bestimmt die Tage, für die der Unfallzuschuß zu zahlen ist. Es sind dies alle Tage innerhalb der fünften bis zur dreizehnten Woche nach dem Unfall, an denen nach Gesetz oder Satzung Krankengeld oder Hausgeld zu gewähren ist. Das erhöhte Krankengeld ist also beispielsweise für solche Tage nicht zu zahlen, an denen Arbeitsunfähigkeit nicht bestand oder die Krankenhilfe ruht (§ 216 RVO.). Ebensowenig wird ein Zuschuß zum Krankengeld für die Zeit der Unterbringung in einem Krankenhause gewährt, sondern gegebenenfalls (§ 186 RVO.) nur das erhöhte Hausgeld. Dagegen ist der Krankengeldzuschuß auch für Sonn- und Feiertage zu gewähren, wenn entweder die Kasse nach § 191 RVO. satzungsgemäß allgemein für diese Tage Krankengeld zu zahlen hat oder wenn diese Tage Arbeitstage sind.

Der Mehrbetrag an Krankengeld oder Hausgeld ist in der gleichen Weise, insbesondere an den gleichen Zahltagen, von der Kasse auszuzahlen wie das Krankengeld und Hausgeld selbst (zu vergl. auch § 210 RVO.). Dies wird im § 8 der Bekanntmachung bestimmt.

§ 9 der Bekanntmachung legt den KKn., im wesentlichen in Übereinstimmung mit § 6 der früheren Bekanntmachung des RVA. vom 30. September 1885, die Pflicht auf, ihrerseits in Zweifelsfällen bei Krankmeldungen für Aufklärung zu sorgen, ob ein Betriebsunfall vorliegt. Die Kasse wird sich zu diesem Zwecke am zweckmäßigsten zunächst mit dem Betriebsunternehmer ins Benehmen setzen. Wenn hierdurch die Zweifel über das Vorliegen eines Betriebsunfalls nicht beseitigt werden können, hat sie sich an die beteiligte BG und nötigenfalls auch an das zuständige VA. und die Ortspolizeibehörde zu wenden. Nach dem Ergebnis dieser vorläufigen Ermittlungen befindet sie dann, vorbehaltlich der instanziellen Entscheidungen, pflichtmäßig über die Ansprüche des Unfallverletzten.

Die §§ 10 und 11 der Bekanntmachung enthalten Bestimmungen über die Anmeldung des Ersatzanspruchs der KKn. wegen ihrer Mehraufwendungen aus Anlaß des Unfalls. Der Ersatzanspruch soll nach § 10 a. a. O. tunlichst bald angemeldet werden. Er richtet sich nach § 576 RVO. gegen die BG., wenn dem Verletzten über die dreizehnte Woche nach dem Unfall eine Entschädigung zu leisten ist, andernfalls gegen den Unternehmer; letzterer hat also den aus Anlaß des Unfalls der Kasse erwachsenen Mehraufwand dann endgültig zu tragen, wenn der Verletzte innerhalb der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall wiederhergestellt oder gestorben ist. Hat eine BG. in ihrer Satzung bestimmt, daß sie den Mehraufwand in allen Fällen ersetzt, so ist der Ersatzanspruch natürlich stets bei ihr anzumelden.

Zur Vereinfachung des Verfahrens bei Geltendmachung der Ersatzansprüche wurde in Übereinstimmung mit § 9 der früheren Bekanntmachung die Verwendung eines einheitlichen Vordrucks bestimmt (§ 11 der Ausführungsbestimmungen). Die Fälle des § 576 Abs. 2 RVO. (§ 4 der Bekanntmachung) wurden in dem Vordruck nicht berücksichtigt, weil es sich hierbei nur um seltenere Ausnahmen handelt und weil der Vordruck durch Berücksichtigung dieser Fälle unübersichtlich geworden wäre; denn die Ersatzforderungen nach § 576 Abs. 2 RVO. beziehen sich nicht nur auf bare Leistungen, sondern auch auf Sachaufwendungen (Ersatz der Krankenpflege und Krankenhauspflege). In solchen Fällen haben die KKn. ihren Ersatzanspruch in Form besonderer Kostenrechnungen, die eine Aufstellung der ihnen im Einzelfall entstandenen tatsächlichen Mehraufwendungen enthalten, bei dem Zahlungspflichtigen (der BG. oder dem Unternehmer) anzumelden.

Das die Regelfälle berücksichtigende Muster des Vordrucks (abgedruckt auf S. 570 der AN. 1916) enthält Angaben über die Zeit der Arbeitsunfähigkeit des Verletzten innerhalb der fünften bis dreizehnten Woche nach dem Unfall. Auch die Dauer der einem Verletzten etwa gewährten Krankenhauspflege ist zu bezeichnen, da für diese Zeit ein Zuschuß zum Krankengelde nicht zu zahlen ist, sondern

Digitized by Google

gegebenenfalls nur das erhöhte Hausgeld. Ferner haben die Kassen anzugeben, wie hoch ihre regelmäßigen (satzungsgemäßen) Barleistungen sind. Je nachdem die BG. oder der Unternehmer zahlungspflichtig ist, sind die betreffenden Angaben in dem Vordruck zu streichen. Um dem in Anspruch genommenen Zahlungspflichtigen die Nachprüfung der Höhe der Ersatzforderung der KK. zu ermöglichen, sind die einzelnen Mehraufwendungen und die Tage, auf die sie entfallen, ziffermäßig zu bezeichnen (zu vgl. die in den Vordruck aufgenommene „Berechnung"). Die bei den einzelnen Kassen noch vorhandenen alten Abrechnungsformulare können, wie das RVA. den Kassenverbänden mitgeteilt hat, auch nach Inkrafttreten der neuen Bekanntmachung aufgebraucht werden.

Nach § 10 der früheren Bekanntmachung konnten BetriebsKKn. und Knappschaftskassen besondere Vereinbarungen, namentlich mit dem Betriebsunternehmer, wegen Geltendmachung ihrer Ersatzforderungen treffen. Auch mit einzelnen BGn. haben Kassen derartige Sonderabkommen geschlossen. Solche Vereinbarungen sollen nach § 12 der neuen Ausführungsbestimmungen auch künftig zulässig sein, und zwar wurde die Befugnis, entsprechende Abkommen in Abweichung von den §§ 9 bis 11 dieser Bestimmungen zu treffen, grundsätzlich allen Kassen eingeräumt.

Einzelne Zweifelsfragen, die sich bei Anwendung der §§ 573 bis 576 RVO. noch ergeben können (insbesondere hinsichtlich der Fälle des § 4 der Bekanntmachung, § 576 Abs. 2 RVO.), sind durch die Ausführungsbestimmungen nicht beseitigt worden. Das muß der Rechtsprechung überlassen bleiben. Der Zweck der Bekanntmachung konnte im wesentlichen nur der sein, allgemeine Richtlinien für den praktischen Vollzug der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften aufzustellen. Dieses Ziel dürfte, wie erwartet werden darf, durch die neuen Ausführungsbestimmungen in praktisch befriedigender Weise erreicht worden sein.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten.

Vom 25. Januar 1917. (RGBl., S. 79.)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes, betreffend die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw., vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Diejenigen Angehörigen feindlicher Staaten, welche, ohne Kriegsgefangene zu sein, auf Grund von Maßnahmen der deutschen Heeresverwaltung zum Zwecke ihrer Beschäftigung nach Deutschland gekommen oder überführt worden sind, werden, soweit sie wegen der durch diese Maßnahmen bedingten Gestalt ihres Arbeitsverhältnisses nicht als versichert im Sinne der Reichsversicherungsordnung gelten, den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Kranken- und Unfallversicherung unterstellt.

Für sie gelten auch das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 337) und § 2 der Bekanntmachung über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 49).

§ 2. Soweit Beschäftigte der im § 1 bezeichneten Art nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung versicherungspflichtig sein würden, sind sie von dieser Versicherungspflicht befreit.

§ 3. Die Heeresverwaltung kann jederzeit an Stelle des Trägers der Kranken- oder Unfallversicherung das Heilverfahren (Krankenpflege, Krankenhauspflege — Krankenbehandlung, Heilanstaltpflege) übernehmen. Ein solches Heilverfahren steht für die Ansprüche des Versicherten gegen den Versicherungsträger einem entsprechenden Heilverfahren des Versicherungsträgers gleich.

Der Versicherungsträger hat der Heeresverwaltung die Kosten zu erstatten, soweit das Heilverfahren in eine Zeit fällt, während derer dem Versicherten ein Anspruch auf Leistungen des Versicherungsträgers zusteht. Soweit für dieselbe Zeit ein Anspruch gegen

Digitized by Google

die Träger der Krankenversicherung und der Unfallversicherung besteht, ist nur der Träger der Unfallversicherung ersatzpflichtig.

Als Ersatz der Kosten für Krankenpflege (§ 182 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung) oder Krankenbehandlung (§ 558 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung) gelten drei Achtel des Grundlohns, nach welchem sich das Krankengeld des Versicherten bestimmt; jedoch ist für Hilfsmittel, die bei Folgen von Betriebsunfällen erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern (§ 558 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung) stets der wirkliche Aufwand zu ersetzen. Ist der Versicherte in ein Krankenhaus (Lazarett) aufgenommen, so sind außerdem für den Unterhalt daselbst zwei Achtel des Grundlohns zu vergüten. Ist kein Grundlohn bestimmt, so gilt als solcher der wirkliche Arbeitsverdienst des Versicherten bis 6 Mark für den Arbeitstag.

Die Heeresverwaltung kann mit den Versicherungsträgern etwas anderes vereinbaren.

Streitigkeiten über den Ersatzanspruch werden im Spruchverfahren nach der Reichsversicherungsordnung entschieden.

Knappschaftliche Krankenkassen und Ersatzkassen stehen den Versicherungsträgern im Sinne dieser Vorschriften gleich.

§ 4. Diese Verordnung tritt am 12. Februar 1917 in Kraft, sie wirkt für das Gebiet der Unfallversicherung zurück auf Unfälle, die Angehörige feindlicher Staaten der im § 1 bezeichneten Art seit ihrem Eintritt in die Beschäftigung in Deutschland erlitten haben.

Ansprüche auf solche Beiträge zur Invalidenversicherung, welche bis zum 12. Februar 1917 für die im § 2 bezeichneten Personen noch nicht geleistet worden sind, dürfen nicht weiter verfolgt werden.

Der Begriff des Unternehmers im Baugewerbe.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Berlin** (Beschlußkammer) vom 31. Oktober 1916. (B. K. 115/16.)

Die Firma A. in Berlin hatte auf einem von der Firma G. ausgeführten Bau den Transport von Steinen übernommen und die dabei beschäftigten Personen bei der zuständigen Ortskrankenkasse gemeldet. Die Beiträge wurden nur für den ersten Monat entrichtet. Die Firma A., deren Inhaberin die Ehefrau A. war, mußte als völlig mittellos angesehen werden, da sie der Kasse noch von früher her 272 ℳ Beiträge schuldete, wegen deren sie wiederholt ohne Erfolg gepfändet worden war. Auf Grund dieser Tatsachen erwirkte die Kasse gegen die Firma G. ein Zahlungsverbot an die Firma A. und einen Überweisungsbeschluß. Auf Grund dieses Beschlusses zahlte die Firma G. an die Krankenkasse nur 89 ℳ, mehr hätte die Firma A. nicht mehr zu bekommen. Da die Kasse feststellte, daß der Ehemann A. am Bau selbst ebenso mitgearbeitet hat wie andere von ihm eingestellte Arbeiter, zog sie die auf die von A. beschäftigten Personen entfallenden Beiträge von G. ein, da nach Lage der Sache die Firma G. als Arbeitgeber in Frage komme.

Gegen dieses Verfahren beschritt die Firma G. beim Versicherungsamt das Streitverfahren aus § 405 Abs. 2 RVO. mit dem Antrag, die Kasse zur Rückzahlung der Beiträge zu verurteilen. Das Versicherungsamt entschied auch demgemäß, da Frau A. Arbeitgeberin der betreffenden Leute gewesen sei. Dies wurde hauptsächlich deshalb angenommen, weil durch Landgerichtsurteil der Inhaber der Firma A. (bezw. der Ehemann als Geschäftsführer) wegen Hinterziehung von Beiträgen bestraft worden ist. Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts legte die Kasse beim Oberversicherungsamt Beschwerde ein, indem sie die Arbeitgebereigenschaft der Frau A. bestritt. Das Oberversicherungsamt gab der Beschwerde statt und hob die Entscheidung des Versicherungsamtes auf. Gründe:

Der Begriff des Unternehmers auf dem Gebiete der Unfallversicherung und des Arbeitgebers auf demjenigen der Krankenversicherung ist grundsätzlich der gleiche. Man hat darunter denjenigen zu verstehen, der das Risiko des Betriebes trägt, dem das wirtschaftliche Ergebnis des Betriebes, dem der Wert oder Unwert der im Betrieb verrichteten Arbeiten zum Vorteil oder Nachteil gereicht (siehe Hahn, Handbuch der Krankenverf., Anm. 2a zu § 165 RVO., Hoffmann, Krankenverf., Anm. 4 zu § 165). Der Begriff des Unternehmers in der sozialen Versicherung ist in der Hauptsache ein wirtschaftlicher, während die privatrechtliche Gestaltung der Rechtsverhältnisse, auf die die Beschwerdegegnerin sich beruft, dem gegenüber zurücktreten muß. Hinzu kommt noch, daß auch die wirtschaftliche Selbständigkeit verlangt wird. Personen, welche ohne eigentliches Betriebskapital gegen einen den Lohn des Bauarbeiters nicht, oder nicht erheblich übersteigenden Lohn arbeiten, können als Unternehmer nicht angesehen werden. (Rabeling, Anm. 21 Ziffer 3b zu § 633 RVO.) Nach alledem kann Frau A. als selbständige Unternehmerin und Arbeitgeberin nicht angesehen werden. Sie war völlig mittellos, da sie bereits 1913 den Offenbarungseid geleistet hat. Ihr Ehemann arbeitete auf dem Bau als gewöhnlicher Arbeiter, das Ergebnis der Pfändung durch den Pfändungs- und Überweisungsbeschluß vom 23. Mai 1914 betrug für die ganze Zeit ihrer mehrmonatlichen Tätigkeit bei dem Bau in der H . . . straße nur 89 ℳ. Dieser Betrag muß nach der ganzen Sachlage nur als eine Entschädigung für die von A. gestellten Fahrstühle, die nicht sein Eigentum waren, angesprochen werden. Wie aus dem Schreiben vom 18. Juli 1914 an die Kasse hervorgeht, hat die Beschwerdegegnerin die Garantie für die Arbeitslöhne und für die zum Transport der Steine notwendige Materiallieferung übernommen und die Löhne wenigstens von der 10. Arbeitswoche an, unmittelbar an die Arbeiter gezahlt, wie in den Entscheidungsgründen des genannten Strafkammerurteils festgestellt ist. Hieraus sowie aus der Tatsache, daß die Beiträge zur Berufsgenossenschaft für die Arbeiten der Firma A. von ihr gezahlt wurden, muß mit Recht darauf geschlossen werden, daß als eigentliche Unternehmerin nicht die mittellose Frau A., sondern die Beschwerdegegnerin zu betrachten ist.

Dieser Auffassung steht das Urteil des Landgerichts I

Digitized by Google

nicht entgegen, da, wie oben ausgeführt, hier lediglich wirtschaftliche Gesichtspunkte für den Begriff des Arbeitgebers maßgebend sind. Die Tatsache, daß die Beschwerdeführerin durch Pfändungs- und Überweisungsbeschluß die von der Beschwerdegegnerin an A. zu zahlenden Beiträge pfänden ließ, spricht nicht gegen diese Auffassung. Wie die Kasse glaubhaft ausführt, hat sie die wahre Sachlage erst lange nach diesem Zeitpunkt durch die Nordöstliche Baugewerks-Berufsgenossenschaft erfahren. Nach allem muß als der eigentliche Arbeitgeber die Beschwerdegegnerin angesehen werden.

Lehrmädchen einer Damenschneiderin als Lehrlinge.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Liegnitz** vom 9. August 1916.

Zur Erlernung des Nähens und, in beschränkter Weise, auch des Schneiderns haben

1. die jetzige Damenkonfektions-Näherin H. M., geboren am 17. 8. 1900, Tochter des Telegraphenleitungsaufsehers M.,
2. das Kindermädchen B. St., geboren am 23. 6. 1897, Tochter des Lokomotivführers St.,
3. E. W., geboren am 6. 12. 1897, Tochter des Bauunternehmers W., und
4. M. Sch., geboren am 1. 12. 1898, Tochter des Lokomotivführers Sch.

im Jahre 1915 bezw. zu 1916 je eine sechsmonatliche Ausbildung im Gewerbebetriebe der Damenschneiderin Frau P. genossen. In den Lehrverträgen wird in der Hauptsache zum Ausdruck gebracht, daß die Mädchen das Damenschneidergewerbe nicht erlernen wollen und daß nicht beabsichtigt wird, dieses Gewerbe später auszuüben. Die Unterweisungen in einzelnen Arbeiten dieses Gewerbes sollen vielmehr ausschließlich für den eigenen Hausgebrauch dienen. Als ein Lehrverhältnis sei diese Ausbildung nicht anzusehen. Frau P. erhielt von jedem der Mädchen ein Lehrgeld von 30 Mk. Ein Entgelt ihrerseits wurde an die Mädchen nicht entrichtet.

Bei den Ermittelungen ist festgestellt worden, daß 2 der Mädchen schon von vornherein die Absicht hatten, das Erlernte später, sei es in einem Geschäft, sei es in dienender Stellung, nutzbringend anzuwenden. Tatsächlich arbeitet erstere seit Mai 1916 ständig gegen einen Tagesverdienst von 1 ℳ als Näherin in einem Damenkonfektionsgeschäft; letztere hat an derselben Arbeitsstelle unter denselben Bedingungen etwa 4 Wochen gearbeitet und ist jetzt als Kindermädchen in Stellung. Auch die Else W. war nach ihrer Ausbildung mehrere Wochen bei derselben Firma gegen Lohn tätig; nur die Meta Sch. hat bisher Stellung nicht angenommen und gedenkt dies auch nicht zu tun.

Streitig war die Versicherungspflicht dieser Mädchen. Das Versicherungsamt hat sie bejaht aus folgenden Gründen:

Nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 und Abs. 2 RVO. sind Lehrlinge, unbeschadet des § 174 Ziff. 1, ohne Ausnahme krankenversicherungspflichtig. Für den Ausgang des vorliegenden Streitfalles ist die Beantwortung der Frage ausschlaggebend, ob die im Damenschneidergewerbe der Frau P. während ihrer halbjährigen Lehrzeit beschäftigt gewesenen 4 jugendlichen weiblichen Personen überhaupt zu den Lehrlingen zu rechnen sind. Diese Frage ist zu bejahen. Auf dem Gebiete des Versicherungswesens ist der Begriff als Lehrlinge nicht eng zu begrenzen. Man kann vor allem den sonst herrschenden Regeln und Verpflichtungen im Lehrlingswesen eine so weitgehende Bedeutung auf dem Gebiete der Krankenversicherung nicht beilegen, daß durch vereinbarte und an sich zulässige Abweichungen hiervon der Begriff des Lehrlings aufgehoben würde. Dieser Begriff wird vielmehr zumeist schon dann gegeben sein, wenn sich der Lernende durch eine praktische Ausbildung an geeigneter Lehrstätte ein gewisses Maß von Geschicklichkeit und Vertrautheit in dem gewählten Fache aneignet, um diese Fähigkeit später in nutzbringender Weise im praktischen Leben oder zum besseren Wettbewerb auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwerten zu können. Man wird hierbei natürlich die soziale Stellung der Lernenden und ihrer Eltern, sowie die Art der Lehrstätte ins Auge zu fassen haben. Ergeben die Umstände, daß die Lernenden Schüler einer Lehranstalt sind, oder daß solche Lehrstätte ein Gewerbe aus der Ausbildung macht, dann trifft freilich der Begriff des Lehrlings nicht mehr zu. Man hat es dann auch wohl durchweg mit Personen besserer Stände zu tun, die in Wirklichkeit für andere wohl niemals gelöhnte Arbeiten in abhängiger Stellung ausüben werden und die sich durch das Erlernte nur ein gewisses Verständnis für das betr. Fach aneignen wollen, oder um es lediglich für ihren eigenen Hausbedarf zu verwerten. (Vergl. Arbeiter-Versorgung 1915 S. 361 ff.)

Diese Voraussetzungen treffen auf den vorliegenden Streitfall aber sicher nicht zu. Frau P. betreibt das Gewerbe einer Damenschneiderin. Die jungen Mädchen, die sich in einer abgekürzten Lehrzeit in diesem Fache bei ihr ausbilden, gehören dem Mittelstande an. Sie sind in der Mehrzahl nach Beendigung ihrer Lehrzeit einer lohnbringenden Beschäftigung nachgegangen, wo sie ihre bei Frau P. genossene Ausbildung nutzbringend verwerten konnten.

Die in den Lehrverträgen enthaltenen Vereinbarungen über das beschränkte Ziel der Ausbildung und die zukünftige Nutzanwendung des Erlernten für den eigenen Hausbedarf dienen zum Teil sicher auch dem Zwecke, den Lernenden ein vereinfachtes mit abgekürzter Lehrzeit verbundenes Lehrverhältnis überhaupt zu ermöglichen; sie sind aber nicht geeignet, eine gewisse Fachausbildung, die den Begriff des Lehrlings rechtfertigt, auszuschließen. Da auch das Gesetz Unterschiede nach dieser Richtung nicht zuläßt, war, wie geschehen, zu entscheiden.

Anmerkung: Zu vergl. über die grundsätzlich zweifelhafte Frage: Kleeis in Arb.-Vers. 1915 S. 361 ff. Im vorliegenden Falle erscheint die vorstehende Entscheidung durch die tatsächliche Feststellung, daß Ausbildung zur Erlangung einer Fertigkeit zu Erwerbszwecken beabsichtigt war, jedenfalls gerechtfertigt.

Digitized by Google

Beschäftigung eines pensionierten Beamten als Hauptberuf?

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Liegnitz** vom 20. Dezember 1916.

Der jetzt 71 Jahre alte Gerichtsvollzieher außer Diensten L. ist seit etwa 6 Jahren als Geschäftsführer bei dem Grundbesitzerverein tätig. Vorher war er Gerichtsvollzieher. Seine Versetzung in den Ruhestand erfolgte im Jahre 1909 wegen Krankheit; er bezieht seitdem ein Ruhegehalt von rund 3000 ℳ jährlich. Als sich sein Gesundheitszustand besserte, nahm er die Stellung bei dem Grundbesitzerverein an, weil er, an Tätigkeit von früher her gewöhnt, eine geeignete leichte Beschäftigung wieder wünschte und weil er schließlich dadurch seine wirtschaftlichen Verhältnisse doch etwas verbessern konnte. Seine dienstlichen Verrichtungen erstrecken sich auf die bei dem Verein vorkommenden schriftlichen Arbeiten einschließlich der Auskunftserteilung in Miet- und Hypothekensachen, sie umfassen an den Werktagen die Stunden von 10—1 Uhr vormittags und 3—5 Uhr nachmittags. Diese vereinbarten Dienststunden werden durch die ihm obliegenden Arbeiten nicht ganz ausgefüllt. Als Entschädigung für seine Leistungen erhält L. monatlich 50 ℳ, in den ersten Jahren betrug sie 45 ℳ Es ist eine vierwöchige Kündigung vereinbart. Die allgemeine Ortskrankenkasse nahm den L. als versicherungspflichtig in Anspruch. Der Grundbesitzerverein verhielt sich ablehnend. Das von der Kasse angerufene Versicherungsamt hat die Versicherungspflicht verneint aus folgenden Gründen:

Die Tätigkeit des Geschäftsführers L. ist die eines Angestellten in gehobener Stellung; sie würde nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2 der Reichsversicherungsordnug der Krankenversicherungspflicht unterliegen, wenn sie seinen Hauptberuf bildete. Dies trifft aber nicht zu. L. ist pensionierter Gerichtsvollzieher, seine wirtschaftliche Existenz ist durch das ihm zufließende Ruhegehalt von rund 3000 ℳ hinreichend gesichert. Sein Wirkungskreis als Geschäftsführer des Grundbesitzervereins bewegt sich offenbar unter günstigen Arbeitsverhältnissen, so daß er die ihm im Alter noch verbliebenen Kräfte und Fähigkeiten nutzbringend anwenden und sich auch durch diese an seine Verhältnisse gut angepaßte Betätigung eine persönliche Befriedigung verschaffen konnte. Die ihm gewährte Entschädigung von 600 ℳ jährlich nimmt gegenüber einem Ruhegehalt von 3000 ℳ jährlich für die gesamte Lebenshaltung nur eine untergeordnete Stellung ein; in keinem Falle kann man ihr in wirtschaftlicher Beziehung eine entscheidende oder ausschlaggebende Bedeutung beimessen. L. hat dies auch selbst richtig beurteilt, indem er für die Krankenversicherung bisher zumeist deshalb kein wesentliches Interesse empfunden hat, weil er sich wirtschaftlich selbständig fühlte.

Nach alledem kann man bei nicht zu enger Auslegung des Begriffs in seiner an einem Bruchteil des Tages stattfindenden Beschäftigung einen Hauptberuf im Sinne des § 165 Ziff. 2 RVO. nicht erblicken.

Anmerkung: Zu vergl. die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts in ArbVers. 1915 S. 589 und des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung in ArbVers. 1916 S. 297; auch daselbst S. 478 Ziff. 1.

B. Zur Krankenversicherung.

„Vorübergehende Beschäftigung" im Sinne des § 174, Ziffer 2 RVO.

Vorentscheidung des Vorsitzenden des **Versicherungsamts der Stadt Bonn** vom 4. Dezember 1916.

Auf Antrag des Arbeitgebers werden nach § 174, Ziff. 2 RVO. von der Versicherungspflicht befreit, Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeitskolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden. Über den Antrag auf Befreiung entscheidet gemäß § 175 RVO. der Kassenvorstand.

Die Befreiung der auf den Arbeitsstätten des Vereins zur Beschäftigung Arbeitsloser vorübergehend tätigen Personen, ist auf Antrag des vorgenannten Vereins mit Wirkung vom 1. Januar 1914 für alle derartigen Personen durch den Vorstand der beklagten Kasse erfolgt. Da die Armenverwaltung B. bestreitet, daß es sich bei N. um eine vorübergehende Beschäftigung gehandelt habe und daher die vom Krankenkassenvorstand ausgesprochene Befreiung im vorliegenden Streitfalle nicht angewendet werden könne, war die Frage zu prüfen, ob N. als vorübergehend beschäftigt oder als ständig angenommen anzusehen war. N. hat bei seiner Vernehmnug erklärt, daß er von Düsseldorf zugereist und bei seinem Eintreffen in Bonn bereits stark augenleidend gewesen sei. Es habe bei ihm die Absicht bestanden, nur solange bei dem genannnten Verein zu arbeiten, bis er Aufnahme in der Klinik finden würde, da die Augenoperation in der hiesigen Klinik vorgenommen werden sollte. Die Beschäftigungsdauer sei durch Überfüllung der vorgenannten Klinik und der damit verbundenen Unmöglichkeit einer Aufnahme in dieselbe verlängert worden. Er sei als Arbeitsloser zugereist und habe als solcher dort Arbeit gesucht. — Mit dieser Erklärung deckt sich auch die Auskunft des Geschäftsführers des Vereins. Ganz besondere Bedeutung muß aber den Ausführungen des Vorsitzenden des „Vereins zur Beschäftigung Arbeitsloser" beigemessen werden. Er erklärte auf Anfrage der Armenverwaltung, daß die Beschäftigung des N. sich in keiner Weise von derjenigen der übrigen Personen unterschieden habe. Die ungewöhnlich lange Dauer der tatsächlich stattgefundenen Beschäftigung habe sich aus dem Umstande verzögert, daß N. wegen Überfüllung der Klinik nicht habe in dieselbe aufgenommen werden können und man den halberblin-

Digitized by Google

deten Mann auch nicht auf die Straße habe setzen wollen.

Auf Grund dieser drei Erklärungen muß angenommen werden, daß die Beschäftigung des N. eine vorübergehende sein sollte, die sich jedoch durch unvorhergesehene Umstände über die Dauer des gewöhnlichen Zeitmaßes gleichartiger Arbeiter ausgedehnt, den Charakter als dauernde Tätigkeit jedoch hierdurch nicht erhalten hat. Der wirklichen Dauer der Beschäftigung allein konnte aber auch im vorliegenden Falle keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden, da N. nach Auskunft des Vereinsgeschäftsführers mit Holzsägen beschäftigt wurde und nicht zur Unterhaltung des Betriebes sondern, weil arbeitslos, eingestellt worden war. Da er demnach zu den eigentlichen Unterhaltungsarbeitern des Betriebes nicht gehörte, muß die von dem Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse ausgesprochene Befreiung sämtlicher vorübergehend in den Arbeitsstätten des „Verein zur Beschäftigung Arbeitsloser" tätigen Personen von der Krankenversicherungspflicht, auch gegen N. wirken. Die wirkliche Dauer der Beschäftigung Arbeitsloser ist auf die Befreiung derartiger Personen von der Krankenversicherungspflicht gemäß § 174 ohne Einfluß. Der 2. Revisions-Senat des RVA. führt in seiner Entscheidung vom 21. Dezember 1914 — Arbeiter-Versorgung, 1915, S. 250 — in einem ähnlichen Falle folgendes aus: „Die Befreiung von der Versicherungspflicht geschieht nach § 174 auf Antrag des Arbeitgebers durch den Kassenvorstand. Wird dem Antrage stattgegeben, wie im vorliegenden Falle, so sind die sämtlichen in dem Betriebe bei Arbeitslosigkeit vorübergehend Beschäftigten von der Versicherungspflicht befreit. Die Befreiung erfordert nicht die Zustimmung des Arbeitnehmers; es ist auch im Gegensatze zum Rechte der Krankenversicherung nicht mehr erforderlich, daß für den Arbeitnehmer im Krankheitsfalle gesorgt wird. Über die Anwendung des § 174 schreibt Hoffmann in Berlin in Arbeiter-Versorgung, 1914, S. 370/374: „Nach der Fassung des § 174 RVO. könnte die Auffassung vertreten werden, daß nur der einzelne Arbeiterkolonist befreit werden könne, und zwar unter der Voraussetzung, daß er vorübergehend beschäftigt werde. Das entspricht aber nicht der Absicht des Gesetzes. Geht man von der Annahme aus, daß die Arbeiterkolonisten grundsätzlich vorübergehend beschäftigt werden, so kann eine allgemeine Befreiung der Insassen einer Arbeiterkolonie als solcher nach wie vor ausgesprochen werden. Tatsächlich werden die Arbeitslosen niemals in die Arbeiterkolonie aufgenommen, um sie dauernd zu beschäftigen, wenngleich die Dauer der Beschäftigung sehr verschieden ist und unter Umständen einer ständigen Beschäftigung gleichen kann. Abgesehen davon, daß der Begriff der vorübergehenden Beschäftigung außerordentlich dehnbar ist, würde es jeder inneren Berechtigung entbehren, zwischen vorübergehend und dauernd beschäftigten Arbeiterkolonisten zu unterscheiden. Denn ob der erkrankte Arbeiterkolonist zu der einen oder anderen Kategorie gehört, ist für die Gewährung der Krankenpflege ganz gleichgültig. Danach muß daran festgehalten werden, daß die Befreiung der Insassen einer Arbeiterkolonie ganz allgemein ausgesprochen werden kann, wenn solches von der Arbeiterkolonie beantragt wird. Hat die Verwaltung der Arbeiterkolonie für eine Krankenpflege der Kolonisten nicht gesorgt, so muß in Krankheitsfällen die Armenpflege eintreten."

Nach alledem rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung, daß N. zu den auf Grund des § 174 von der Krankenversicherungspflicht befreiten Personen des „Verein zur Beschäftigung Arbeitsloser" gehörte und daß daher die beklagte Krankenkasse zur Erstattung der an N. während der ersten 26 Krankheitswochen gezahlten Unterstützungen nicht verpflichtet ist.

Anspruch auf Krankenpflege außerhalb des Kassenbezirks?

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) vom 13. November 1916.

Die Klägerin verlangt die Bezahlung von Aufwendungen, die sie an Arzt- und Apothekerkosten außerhalb des Kassenbezirks infolge ihrer Erkrankung an Lungenkatarrh gehabt haben will. Eine Verpflichtung der beklagten Kasse zum Ersatze dieser Kosten besteht im vorliegenden Falle nicht. Die Klägerin ist, während sie im Kassenbezirk als Dienstmädchen in Stellung war, erkrankt. Sie hat allerdings am 4. Mai 1914 unter Vorlegung eines schriftlichen Ausweises des behandelnden Kassenarztes, der sie von diesem Tage an für arbeitsunfähig erklärte und gleichzeitig empfahl, sie der häuslichen Pflege im Elternhause auf dem Lande zu überweisen, bei der beklagten Kasse ihre Überweisung nach D. beantragt. Einen gesetzlichen Anspruch hierauf hatte sie aber nicht. Es ist ihr außerdem von dem Kassenbeamten ausdrücklich gesagt worden, daß hierzu die Genehmigung des Kassenvorstandes erforderlich sei und daß sie, da der Vorsitzende nicht dauernd im Kassenlokal anwesend sei, nach zwei Tagen wiederkommen solle. Sie mußte unter diesen Umständen bevor sie den Kassenbezirk verließ, den Bescheid der Kasse abwarten oder zum mindestens der Kasse die Gründe angeben weshalb ihr dieses nicht möglich war. Sie hat das nicht getan, sondern ohne weiteres am folgenden Tage den Kassenbezirk verlassen. Es mag richtig sein, daß ihr Dienstherr sie infolge ihrer Erkrankung nicht länger im Dienste behielt. Auch hiervon mußte sie aber der beklagten Kasse Mitteilung machen, damit diese die nötigen Anordnungen, gegebenenfalls ihre Einweisung in ein Krankenhaus vornehmen konnte. Ein zwingender Grund, hiervon abzusehen und sofort abzureisen, lag für die Klägerin um so weniger vor, als ihr Dienstherr ihr

Digitized by Google

das Aufsuchen des Krankenhauses selbst empfohlen und in Aussicht gestellt hatte, sie nach Heilung der Krankheit wieder aufzunehmen. Bei der Krankenpflege im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO. handelt es sich um eine Sachleistung. Die Kassen sind daher grundsätzlich, von einigen Ausnahmefällen abgesehen, nur verpflichtet, ärztliche Behandlung und Heilmittel in Natur zu gewähren (zu vergl. Hahn, Handbuch der Krankenvers. § 182 RVO., Anm. 3). Wenn der Beklagten die Gewährung der Krankenpflege in dieser Art wider ihren Willen durch die unberechtigte Abreise der Klägerin unmöglich gemacht wurde, so wurde sie damit von ihrer Leistungspflicht befreit. Die Klägerin ist deshalb auch nicht berechtigt, an Stelle der Krankenpflege den Ersatz von Aufwendungen zu verlangen, die ihr durch anderweite Beschaffung von ärztlicher Behandlung und Heilmitteln enntstanden sind. Unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung war mithin die Abweisung der Klägerin mit ihrem Anspruch insoweit geboten.

Anmerkung: Die hiermit aufgehobene Entscheidung des Oberversicherungsamts beruht auf der Erwägung, daß die elterliche Wohnung als der natürliche Zufluchtsort und Wohnort der erkrankten und deshalb aus dem Dienst entlassenen Versicherten anzusehen und daher der gesetzliche Erfüllungsort für die von der Kasse zu gewährenden Leistungen gewesen sei (zu vgl. die Entscheidungen bei Hahn, Anm. 10 a zu § 182 RVO.). War dies richtig, so hatte die Versicherte Anspruch auf die Leistungen der Krankenhilfe an diesem Orte, auch ohne Abreiseerlaubnis der Kasse. Sie hatte aber zum Überfluß manierlich die Erlaubnis nachgesucht und den Bescheid erhalten, sie solle, weil der Vorsitzende nicht zu haben war, nach zwei Tagen wiederkommen. Das Mädchen erwies sich nun aber ebenso verständig wie vorher manierlich: sie reiste ohne Erlaubnis. Das Reichsversicherungsamt meint: sie hätte, bevor sie den Kassenbezirk verließ, den Bescheid der Kasse abwarten oder mindestens die Gründe angeben müssen, weshalb ihr das nicht möglich sei. Aber zwei Tage warten, ob der Vorsitzende vielleicht inzwischen Zeit und Gelegenheit gefunden haben würde, den Fall zu prüfen, wäre ungefähr das Unvernünftigste gewesen, was die Kranke hätte tun können; und die Gründe, weshalb sie nicht warten konnte, hatte sie doch zur Stelle gebracht: ihren Lungenkatarrh, den schriftlichen Ausweis über ihre Arbeitsunfähigkeit und die Empfehlung des Arztes, „sie der häuslichen Pflege im Elternhause auf dem Lande zu überweisen". Bei einigem gutem Willen hätte man schon hieraus die Dringlichkeit der Abreise entnehmen, außerdem aber noch durch Erkundigung feststellen können, daß die Versicherte wegen ihrer Krankheit entlassen war! — Wir halten die Entscheidung des Reichsversicherungsamts für fehlerhaft und ungewöhnlich hart.

Kriegswochenhilfe, wenn das Kind im Ehebruch erzeugt ist.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (2. Rev. Sen.) vom 3. Oktober 1916.

Nach § 1 der erwähnten Verordnung des Bundesrats vom 3. Dezember 1914 wird Wöchnerinnen während der Dauer des gegenwärtigen Krieges aus Mitteln des Reichs eine Wochenhilfe gewährt, wenn ihre Ehemänner den in den Nr. 1 und 2 des Paragraphen aufgestellten Bedingungen — die hier zweifellos erfüllt sind — genügt haben. Es fragt sich nur, ob ein Anspruch auf Grund dieser Bestimmung auch dann besteht, wenn die Niederkunft Folge eines außerehelichen Geschlechtsverkehrs ist. Dabei kann dahingestellt bleiben, wie zu entscheiden sei, wenn der Ehemann die Ehelichkeit des Kindes in der in §§ 1596, 1597 BGB. vorgesehenen Weise mit Erfolg angefochten hat, oder die Unehelichkeit des Kindes von anderer Seite geltend gemacht wird, nachdem der Ehemann, ohne das Anfechtungsrecht verloren zu haben, gestorben ist (§ 1593 BGB.). Denn vorliegend ist der Ehemann am Leben und hat die Anfechtungsklage nicht erhoben. In einem solchen Falle läßt sich die Anwendung des § 1 der Verordnung vom 3. Dezember 1914 nicht ausschließen. Allerdings ist richtig, wie in der Entscheidung des Versicherungsamts ausgeführt wird, daß es sich hier in erster Linie nicht darum handelt, ob das Kind im Sinne des bürgerlichen Rechtes ehelich ist, sondern darum, ob es zu den Kindern gehört, für die und für deren Mütter die in der Verordnung vom 3. Dezember 1914 bestimmte Kriegswochenhilfe in Aussicht genommen ist. Beide Fragen lassen sich aber nicht voneinander trennen. Selbst wenn man mit dem Versicherungsamt davon ausgehen wollte, die Kriegswochenhilfe solle nur den von Kriegsteilnehmern erzeugten Kindern und deren Müttern zugute kommen, so verstößt doch die weitere Feststellung des Versicherungsamts, das Kind der Klägerin sei nicht von einem Kriegsteilnehmer erzeugt, gegen das bestehende Recht. Nach § 1591, Abs. 1, Satz 1 BGB. ist ein nach Eingehung der Ehe geborenes Kind ehelich, wenn die Frau es vor oder während der Ehe empfangen und der Mann innerhalb der Empfängniszeit der Frau beigewohnt hat. Auch wird nach § 1591 Abs. 2 a. a. O. vermutet, daß der Mann innerhalb der Empfängniszeit der Frau beigewohnt hat. Diese gesetzlichen Vermutungen können zu Lebzeiten des Ehemannes nach § 1593 a. a. O. nur dadurch entkräftet werden, daß er selbst die Ehelichkeit in den in §§ 1596, 1597 a. a. O. vorgeschriebenen Formen anficht. Es handelt sich hierbei um ein höchstpersönliches Recht des Ehemannes. Hat er das Anfechtungsrecht durch Zeitablauf (§ 1594 a. a. O.) oder Anerkennung (§ 1598 a. a. O.) verloren, so kann die Unehelichkeit des Kindes überhaupt von niemand mehr geltend gemacht werden (zu vergl. auch Staudinger, Kommentar zum BGB., 7. und 8. Aufl., Anm. 1 zu § 1593, Anm. 1 zu § 1595). Hiernach ist die Möglichkeit ausgeschlossen, außerhalb der durch das Bürgerliche Gesetzbuch gewiesenen Wege den Nachweis zu führen, daß ein während der Ehe geborenes Kind nicht vom Ehemanne erzeugt ist, mag auch die

Digitized by Google

Kindesmutter selbst angegeben haben, daß es aus einem Ehebruche stamme, und mag es auch den Umständen nach offenbar unmöglich sein, daß die Frau das Kind von ihrem Ehemanne empfangen hat (§ 1591, Abs. 1, Satz 2 a. a. O.). Zu Lebzeiten des Ehemannes gilt das Kind als von ihm erzeugt und ist ehelich, solange er nicht die Ehelichkeit angefochten hat. Das führt weiter dazu, daß er dem Kinde gegenüber auch solange unterhaltspflichtig bleibt (§§ 1601 ff. BGB.). Desgleichen besteht der Ehefrau gegenüber im allgemeinen die Unterhaltspflicht nach §§ 1360, 1361 a. a. O. fort. Hiermit entfällt auch der zweite, zur Begründung der angefochtenen Entscheidung herangezogene Gesichtspunkt, die Klägerin habe zur Zeit der Niederkunft den Beistand des Erzeugers ihres Kindes gehabt. Solange das Kind als ehelich anzusehen ist, kann der außereheliche Erzeuger zur Unterstützung nicht herangezogen werden. Vielmehr wird der Zweck der Kriegswochenhilfe, dort helfend einzugreifen, wo der unterhaltspflichtige Ehemann durch Leistung des Kriegsdienstes daran verhindert ist, der Frau und dem Kinde beizustehen, auch hier erfüllt. Das Ergebnis, daß eine Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs in Fällen zu gewähren ist, in denen die Frau die eheliche Treue gebrochen hat, während ihr Ehemann im Felde stand, ist freilich, wie schon das Oberversicherungsamt in seinem Abgabebeschluß betont, recht unerfreulich und wird dem allgemeinen Rechtsempfinden nicht entsprechen. Es ist aber die unabweisliche Folge der strengen Regeln des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Geltendmachung der Unehelichkeit von Kindern, die während der Ehe geboren werden. Und diese Regeln dienen wiederum dem Schutze des Friedens der Ehe, indem sie zunächst ausschließlich dem beteiligten Ehemann das Recht zugestehen, den Nachweis anzutreten, daß das Kind einem Ehebruch entstammt (zu vergl. hierzu Hoffmann, Die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung, Heymanns Verlag, Anm. 3 zu § 1 der Verordnung vom 3. Dezember 1914, S. 27; Krause, Kriegswochenhilfe, Bd. 1, Anm. 2 zu § 1 der Verordnung vom 3. Dezember 1914, Seite 22 und die dort angeführte Literatur). Auch das Reichsamt des Innern scheint der hier vertretenen Auffassung zuzuneigen, wenn es in einem Bescheid vom 20. Mai 1915, abgedruckt in der Zeitschrift „Die Krankenversicherung", 1915, S. 141, nach Hinweis auf die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs am Schlusse ausführt, bei dieser Rechtslage werde eine Ablehnung der Wochenhilfe im instanziellen Verfahren meist schwer aufrechtzuerhalten sein.

Anmerkung: Im gleichen Sinne Arb. Vers. 1915, S. 212, 715 und 1916, S. 344.

Beschwerderecht eines Kassenverbandes. — Kein Recht der Kassen und Verbände zur Überwachung der Betriebe.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 16. September 1916 (2277 Amtl. Nachr. 1916 S. 756).

Der Krankenkassenverband S. hat mehrere Kriegsbeschädigte angestellt, denen neben der Überwachung der erkrankten Kassenmitglieder auch die Kontrolle der Betriebe daraufhin obliegt, ob sämtliche Beschäftigte zur Krankenkasse angemeldet und nach der Höhe des Entgelts der richtigen Lohnstufe zugeteilt sind. In einem Anschreiben hat sich der Kassenverband an die Arbeitgeber gewandt mit dem Ersuchen, die Angestellten des Verbandes in der Ausübung ihrer Tätigkeit nach Möglichkeit zu unterstützen. Die Königliche Remontedepot-Administration Cr. hat daraufhin dem Vorstand des Kassenverbandes mitgeteilt, daß die Überwachung erkrankter Mitglieder durch die ernannten Krankenbesucher erfolgen könne, daß aber die Überwachung des Betriebs aus militärdienstlichen Gründen nicht zugelassen werde. Schließlich hat sowohl die Königliche Remontedepot-Administration wie auch der Vorstand des Kassenverbandes eine Entscheidung des Versicherungsamts über die vom Kassenverbande behauptete Befugnis seiner Angestellten beantragt. Das Versicherungsamt hat eine Anordnung dahin erlassen, daß dem Krankenkassenverbande S. ein Recht zur Überwachung des Betriebs nicht zusteht. Das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) hat die Beschwerde zurückgewiesen; ebenso das Reichsversicherungsamt die weitere Beschwerde. — Gründe:

Zunächst war zu prüfen, ob der Kassenverband zur Einlegung des Rechtsmittels befugt ist. Der Beschlußsenat hat das bejaht. Nach § 408 Abs. 2 RVO. gelten für Kassenverbände die §§ 4 bis 34 entsprechend. Die Kassenverbände sind also rechtsfähig. Ein Kassenverband ist nach § 5 auch als befugt anzusehen, durch den Vorstand, der den Verband gerichtlich vertritt, Rechtsmittel einzulegen, soweit der Verband an dem Verfahren beteiligt ist. Das ist hier der Fall; denn es handelt sich um die Befugnisse von Angestellten des Verbandes gegenüber einem Arbeitgeber. Soweit der Kassenverband verlangt, daß die Rechtsfrage allgemein, also unabhängig vom vorliegenden Falle, entschieden werde, geht er über die einer Entscheidung gezogenen Grenzen hinaus. Die Rechtskraft einer Entscheidung kann sich immer nur auf den ihr zugrunde liegenden Fall beziehen. Die in ihr ausgesprochenen Grundsätze haben dann für andere Fälle mittelbar maßgebende Bedeutung, soweit sie darauf anwendbar sind. Demgemäß ist also, wie dies auch seitens der Vorinstanzen geschehen ist, über die Frage zu entscheiden, ob die Angestellten des Kassenverbandes S. befugt sind, den Betrieb der Königlichen Remontedepot-Administration hinsichtlich der Anmeldung der Beschäftigten zur Krankenkasse und ihrer Zuteilung zur richtigen Lohnklasse zu überwachen. In der Beurteilung dieser Frage vermochte sich das Reichsversicherungsamt nur den Vorinstanzen anzuschließen. Das zweite Buch der Reichsversicherungsordnung gibt

Digitized by Google

keinen Anhalt für eine derartige Befugnis. Hätte der Gesetzgeber die Zubilligung eines solchen Überwachungsrechts an die Krankenkassen oder die Kassenverbände im Sinne gehabt, so hätte er es ausgesprochen, zumal er im § 347 die Überwachung der erkrankten Kassenmitglieder vorgesehen und für die Unfall- und die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in den §§ 876 ff. und 1466 ff. die Überwachung der Unternehmer und Arbeitgeber ausdrücklich geregelt hat. Bei dieser Sachlage ist es nicht angängig, den Krankenkassen das im Gesetze nicht vorgesehene Recht, die Arbeitgeber an Ort und Stelle zu kontrollieren, im Wege der Rechtsprechung zuzubilligen. Der Kassenverband S. hat also nicht das Recht, den Betrieb der Königlichen Remontedepot-Administration zu überwachen. Die weitere Beschwerde war daher als unbegründet zurückzuweisen.

C. Zur Unfallversicherung.

Städtische Baumschule und Gärtnerei für Straßenschmuck kein Bau-, sondern Gärtnereibetrieb.

Entscheidung des Vorsitzenden des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 15. Dezember 1916 (B. U. 72/16).

Die Stadt N. betreibt eine Baumschule und eine Gärtnerei auf einem Areal von etwa 7¼ ha, und zwar zu dem Zwecke, die Straßenzüge mit Rasenstreifen, Blumenbeeten und anderen gärtnerischen Schmuckanlagen zu versehen, sowie die Bäume und Sträucher an den Straßenzügen, die eine Länge von etwa 75 km haben, zu unterhalten. Dieser Betrieb gehört seiner Natur nach zur Gärtnerei-Berufsgenossenschaft (§ 917 RVO.) und kann, selbst wenn man ihn mit Rücksicht auf die erhebliche Anzahl der von der Stadtgemeinde in ihrem für eigene Rechnung geführten Baubetriebe beschäftigten Arbeiter als dessen Nebenbetrieb ansehen wollte, nicht als im Eigenbaubetriebe versichert gelten, weil landwirtschaftliche Betriebe nur ausnahmsweise der gewerblichen Unfallversicherung unterstellt sind. Vgl. RVO. §§ 539—542, 631. Nach den von dem Herrn Regierungspräsidenten zu P. für den Eigenbaubetrieb der Beschwerdeführerin gemäß § 895 RVO. erlassenen Ausführungsvorschriften ist der Gärtnereibetrieb dem Baubetrieb nicht zugewiesen. Des weiteren wird auf Entscheidung 2310 Amtl. Nachr. 1909, S. 454 verwiesen.

Tödliche Verletzung durch den Arbeiter eines anderen Betriebs als Betriebsunfall.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (7. Sen.) vom 16. November 1916.

Die Beklagte hat zu Unrecht den Einspruch der Witwe R. als verspätet verworfen. Die Witwe R. hatte gegen den ihr zugestellten, ihre Ansprüche ablehnenden Bescheid vom 6. Juni 1914 Einspruch überhaupt nicht eingelegt. . . Der an die Witwe R. gerichtete Endbescheid unterlag daher aus formellen Gründen der Aufhebung.

Unbeschadet der Rechtskraft des Bescheids vom 6. Juni 1914 wurden jedoch, da die Krankenkasse zu der Witwe R. im Verhältnisse der notwendigen Streitgenossenschaft steht und ihre sowie die Ansprüche der Witwe nur einheitlich festgestellt werden können, durch die Betreibung des Feststellungsverfahrens und die Einlegung des Einspruchs gegen den Bescheid vom 30. Dezember 1914 durch die Krankenkasse auch die Ansprüche der Witwe in vollem Umfange gewahrt, so daß ihr der Umstand, daß sie selbst gegen den ihr zugestellten Bescheid keinen Einspruch eingelegt hatte, nicht schadet.

Bei Entscheidung der Frage, ob ein Unfall beim Betriebe vorliegt, ist das Reichsversicherungsamt von dem Vorderrichter abgewichen. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Verletzung, an deren Folgen der Küper R. gestorben ist, auf einem fahrlässigen oder vorsätzlichen Tun des Robert B. beruhte. Der Senat hat in jedem Falle das Vorliegen eines Unfalls bei dem Betriebe bejaht. Ein gewisser, wenn auch nicht entscheidender, Zusammenhang mit dem Betriebe war schon dadurch begründet, daß die Diensttätigkeit des Verstorbenen ihn in enge räumliche Beziehungen zu den Arbeitern der Firma R. führte, zu denen der Küper Robert B. gehörte. Dieses räumliche Verhältnis ermöglichte erst und verursachte in gewissem Grade die Streitigkeit, in deren Verlauf der Verstorbene die tödliche Verletzung erlitt. Der Gegenstand, mit dem sie ausgeführt wurde, diente den Zwecken sowohl des N.schen als auch des G.schen Betriebes, in dem der Verstorbene tätig war. Daß ein derartiger, durch die Art seiner Handhabung gefährlicher Gegenstand dem B. in seiner plötzlichen Aufwallung sofort zur Hand war, lag in der Art der sich in dem Bahnschuppen vollziehenden Betriebstätigkeit. Nach der Aussage des im Strafverfahren vernommenen Zeugen H. traf ferner der von B. geworfene Stiel den Verstorbenen in dem Augenblicke an den Kopf, als er sich gerade von der Arbeit in gebeugter Stellung aufrichtete. Infolgedessen erscheint die Annahme begründet, daß die durch die Betriebsarbeit veranlaßte Bewegung des Verstorbenen eine wesentliche Ursache dafür geboten hat, daß er überhaupt oder doch in lebensgefährlicher Weise von dem geschleuderten Gegenstande getroffen wurde, und daß ferner die Betriebstätigkeit den Verstorbenen davon

Digitized by Google

abgehalten hat, seine Aufmerksamkeit auf den Gegner zu richten und dem gefährlichen Wurfe auszuweichen. Hiernach sind die Beziehungen zwischen dem Betriebe und dem tödlichen Unfalle derart enge und besondere, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen ihnen anzuerkennen und demgemäß die Beklagte zur Entschädigung der hinterbliebenen Witwe dem Grunde nach zu verurteilen war.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1916, S. 261 ff. u. 290 ff.)

Nr. 160. Arbeitgeberin eines für die Sommermonate in einem Badeorte zusammengestellten, an bestimmte Spielzeiten gebundenen Orchesters ist, soweit nicht besondere Verhältnisse eine Ausnahme bedingen, die Badeverwaltung, auch wenn der Vertrag allein zwischen dieser und dem Kapellmeister geschlossen ist und der letztere in der Auswahl, Annahme und Entlassung der Musiker freie Hand behält und eine Gesamtvergütung bezieht, aus der er die Vergütungen der einzelnen Musiker zu decken hat.

Nr. 161. 1. Ein Zuschneider einer Damenmäntelfabrik, der an der Hand der vom Geschäftsinhaber entworfenen Zeichnungen und Skizzen Schnitte anfertigt und nach Grundmodellen zuschneidet, ist versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

2. Personen, die in einer Damenmäntelfabrik die fertig zugeschnittenen Teile an die ihnen zugeteilten Näherinnen unter Ausfüllung der Lohnbücher weitergeben und die von den Näherinnen zusammengenähten Teile fassonieren, dabei auf Einhaltung der Arbeitsordnung und Beseitigung von Fehlern sehen, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 162. Angestellte, die in einer ausländischen Zweigniederlassung eines inländischen Unternehmens beschäftigt sind, unterliegen nicht der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 163. Ein für mehrere Firmen tätiger Bücherrevisor und Stundenbuchhalter, der für die einzelnen Arbeiten jeweils besonders bestellt wird, diese Arbeiten fast ausschließlich in der eigenen Wohnung ausführt und nach jeder Arbeit die von ihm — nach Umfang und Schwierigkeit der Arbeit — bemessene Vergütung erhält, ist kein Angestellter im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte, sondern ein selbständiger Gewerbetreibender.

Nr. 164. Schachtmeister einer Fabrik für Gas-, Wasser- und Kanalisationsanlagen, die 7 bis 9 Monate im Jahre als Monteure tätig sind und im übrigen bei Ausschachtungsarbeiten unter der ständigen Oberleitung eines Bauführers beschäftigt werden, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 165. Ein Brennmeister, der eine Brennerei von jährlich 30 000 Liter Spirituserzeugung leitet, die Aufsicht über die dort beschäftigten 1 bis 2 Arbeiter ausübt und dem anstatt des Brennereibesitzers die strafrechtliche Verantwortung gemäß § 28 des Branntweinsteuergesetzes übertragen ist, ist versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er außerhalb der Brennzeit, also während des größeren Teiles des Jahres, lediglich mit Ausbesserungsarbeiten an landwirtschaftlichen Maschinen beschäftig ist.

Nr. 166. Der Braumeister einer kleinen Brauerei, welchem im Sommer ein Gehilfe, im Winter ein Brauburschе und zwei Lehrlinge unterstellt sind, und welcher die Arbeiten verteilt und beaufsichtigt und bestimmt, wieviel Rohstoff täglich zu verarbeiten ist, ist versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er in dem Betriebe körperlich mitarbeitet und unter fachkundiger Oberleitung des Brauereibesitzers oder seines Vertreters steht.

Nr. 167. Ein Bureauangestellter, der Eintragungen aus Listen in Formulare wörtlich überträgt, die denselben Vordruck haben, wie die Listen, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 168. Der Monteur eines Eisenhüttenwerkes, der unter der Oberleitung eines Werkmeisters oder Ingenieurs bei der Aufstellung von Eisenkonstruktionen gegen Akkordlohn bei 14tägiger Kündigung ständig körperlich mitarbeitet, ist nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig, auch wenn er die ihm zugeteilten Hilfsarbeiter zu belehren und anzuleiten, ihr rechtzeitiges Kommen und Gehen zu überwachen, die Arbeiten unter sie zu verteilen, sie selbst anzunehmen und zu entlassen, die Befolgung der Haus- und Arbeitsordnung zu überwachen hat und für die Einhaltung der gesetzlichen und polizeilichen Vorschriften verantwortlich ist.

Nr. 169. Ein Schauspieler mit einem zu Beginn der Winterspielzeit anfangenden Jahresvertrage ist nur für die Dauer der wirklichen Spielzeit versicherungspflichtig, auch wenn ihm für die außerhalb der Spielzeit liegenden Sommermonate im Falle seiner Stellungslosigkeit vertragsmäßig eine besondere Vergütung als Unterstützung zugesichert ist, ohne daß er dadurch zur Dienstbereitschaft verpflichtet wird.

Nr. 170. Ein Molker, der in einer kleinen Molkerei mit 20 000 ℳ Jahresumsatz, in der täglich 500 Liter Milch verarbeitet werden, die mit der Herstellung der

Digitized by Google

Butter und dem Versand zusammenhängenden Arbeiten ohne Hilfskräfte erledigt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 171. Der Kommissär und Einnehmer einer öffentlichen Feuerversicherungsanstalt, der nur im Nebenberuf nach Art eines Versicherungsagenten beschäftigt ist, ist nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig.

Nr. 172. Bei Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes an schwankenden Bezügen (Gratifikationen, Gewinnanteilen, Provisionen u. dgl.) ist nicht ausschließlich der Betrag des Jahres zu Grunde zu legen, sondern für jeden Zeitpunkt der Fälligkeit einer Beitragszahlung unter Würdigung aller Umstände, insbesondere mit Rücksicht auf die bisher erzielten Erträgnisse und die Entwicklung der Verhältnisse im laufenden Jahre festzustellen, ob die Höchstgehaltsgrenze des § 1 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte überschritten wird oder nicht.

Sprechsaal.

Zur Frage der Beseitigung der Angestelltenversicherung als Sonderversicherung.

Im Heft 22 von 1916, S. 522 haben wir an die alten Bedenken erinnert, die seinerzeit gegen die Absicht, für die neue Angestelltenversicherung eine besondere Anstalt mit selbständiger Verfassung und besonderen Verwaltung- und Rechtsprechungsstellen zu schaffen, erhoben worden waren und in zahlreichen Aufsätzen in unserer Zeitschrift ihren Ausdruck gefunden hatten. Gleichzeitig berichteten wir darüber, daß und wie Professor Manes in der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft (1916, S. 448) aus Anlaß des Krieges die Frage wieder aufgenommen und die Aufhebung der neuen Sonderversicherung unter Eingliederung dieses Versicherungszweiges in die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung befürwortet hat. Einen weiteren Beitrag zu dieser Frage hat dann L. Wimmer (Regensburg) im Heft 27 unserer Zeitschrift von 1916, S. 641 gebracht. Es war vorauszusehen, daß die Erörterung über diesen unter sozialen und finanziellen Gesichtspunkten äußerst wichtigen Gegenstand nicht leicht von der Tagesordnung verschwinden würde, und es ist anzunehmen, daß sie nach dem Kriege auch die Reichsgesetzgebung wieder beschäftigen wird.

Jetzt hat Landesrat Dr. Brunn in der Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft (1917, S. 1 ff.) neue beachtenswerte Gesichtspunkte zur Unterstützung der von Manes angeregten Umgestaltung vorgebracht. Er weist ausführlich nach, wie sich — abgesehen von der besonderen, durch den Krieg geschaffenen Lage — aus dem Nebeneinanderbestehen der Angestellten- und der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung eine Reihe von Unzuträglichkeiten ergeben, so namentlich hinsichtlich des Kreises der versicherungspflichtigen Personen, des Heilverfahrens, des Begriffs der „Berufsunfähigkeit" im Gegensatz zur „Invalidität", des Erlöschens der Anwartschaft und hinsichtlich der allgemeinen Wohlfahrtspflege. Wir heben im folgenden die Bemerkungen über den letzten Punkt und die Schlußausführungen hervor:

„Die allgemeine Wohlfahrtspflege — abgesehen von dem Heilverfahren für den einzelnen Versicherten — nimmt bekanntlich in dem Wirken der Träger der Invalidenversicherung einen breiten Raum ein. Bei diesem „schadenverhütenden Wirken", um mit Kaufmann zu reden, sind die einzelnen Versicherungsanstalten neben der zielbewußten Bekämpfung der Volksseuchen wie Tuberkulose und neuerdings auch Geschlechtskrankheiten in der Lage, den besonderen örtlichen Verhältnissen ihres Bezirks Rechnung zu tragen. Während die eine die Bekämpfung des Alkoholismus sich besonders angelegen sein läßt, fördert die andere vorzugsweise das Wohnungswesen der arbeitenden Klassen durch Unterstützung des Kleinwohnungsbaues und der inneren Kolonisation, wieder eine andere widmet ihre Aufmerksamkeit in besonderem Maße der Arbeitsvermittelung u. s. f. So konnte Gebhard mit Recht gerade die Dezentralisation in der Invalidenversicherung als eine ihrer wertvollsten Einrichtungen bezeichnen. In der Angestelltenversicherung ist im Gegensatz dazu durch die Schaffung eines Versicherungsträgers für das ganze Reich eine strenge Zentralisation geschaffen. Bisher ist die Reichsversicherungsanstalt nur sehr zögernd an die allgemeine Wohlfahrtspflege herangegangen. Freilich fehlt im A. V. G. eine dem § 1274 R. V. O. entsprechende Vorschrift. Es darf aber daran erinnert werden, daß auch das frühere Invalidenversicherungsgesetz eine derartige Vorschrift nicht hatte. Trotzdem haben die Träger der Invalidenversicherung in reichem Maße allgemeine Wohlfahrtspflege geübt. Eine soziale Versicherung, mag sie nun Arbeiter oder Angestellte umfassen, wie die Invalidenversicherung, oder nur Angestellte, wie die Angestelltenversicherung, bleibt ohne allgemeine Fürsorgebestrebungen für die Versicherten selbst und ihre Familienangehörigen ein Stückwerk. Zweifellos wird auch die Reichsversicherungsanstalt sich in Zukunft auf diesem Felde mehr betätigen. Daß es für den systematischen Ausbau dieser Wohlfahrtspflege besser wäre, wenn sie nicht von einer Zentralstelle aus betrieben werden müßte, sondern wenn die reichen Mittel der Angestelltenversicherung ebenfalls durch die Träger der Invalidenversicherung verwendet werden könnten, scheint mir außer Frage zu sein. Der Individualisierung, wie sie im Interesse der Wohlfahrtspflege liegt, ist eine straffe Zentralisation nur schädlich. Außerdem muß man auch hier wiederholen, daß 70 v. H. der unter die Angestelltenversicherung fallenden Personen gleichzeitig bei der Invalidenversicherung versichert sind, ihnen also schon die Fürsorgemaßnahmen der Landesversicherungsanstalten zugute kommen.

In den vorstehenden Ausführungen sollten nur einzelne Beispiele dafür erbracht werden, daß sich schon jetzt erhebliche Unzuträglichkeiten, ja direkte Schädigungen der Versicherten aus dem Nebeneinanderbestehen der beiden auf das gleiche Ziel gerichteten Versicherungen ergeben. Auf Vollständigkeit machen die Ausführungen keinen Anspruch, die Beispiele ließen sich unschwer vermehren. Doch reichen sie aus, um die von Manes neu erhobene Forderung zu unterstützen, die Angestelltenversicherung als Sonderversicherung zu beseitigen und sie in die allgemeine Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung einzugliedern. Selbstverständlich ergeben sich dabei mancherlei Schwierigkeiten; sie sind aber nicht unüberwindlich.

Digitized by Google

Der Krieg hat uns ja gelehrt und lehrt uns täglich von neuem, viel größere Schwierigkeiten zu überwinden. Den berechtigten Wünschen der Angestellten, in ausreichender Weise bei der Verwaltung und Rechtsprechung beteiligt zu werden, muß natürlich auch bei der neuen Gestaltung der Angestelltenversicherung Rechnung getragen werden. Die Hauptsache ist, daß das Reformwerk bald in Angriff genommen wird; mit jeder Hinausschiebung wachsen nur die Schwierigkeiten."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Aufnahmekarten für die Angestelltenversicherung; neue Versicherungskarten.

Nach den im Jahre 1912 erlassenen Anweisungen für die Ausgabestellen sind die im Laufe eines Monats bei ihnen eingegangenen Aufnahmekarten von ihnen zu sammeln und am Schlusse des Monats an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193—195, zu senden. Von den vorhandenen 35 853 Ausgabestellen haben 19 379 (Gemeindevorsteher, Gutsvorsteher usw.) bisher keine Aufnahmekarten an die Reichsversicherungsanstalt eingesandt! Das muß begreiflicherweise auffallen. Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt hat daher die in Betracht kommenden Stellen um möglichst genaue Nachprüfung ersucht, ob dort tatsächlich seit Mitte 1912 noch keine Versicherungskarten ausgestellt und in der ganzen Zeit keine Personen nach dem Vers. Ges. f. Angest. versicherungspflichtig geworden sind (z. B. kaufmännische Angestellte nach Beendigung ihrer Lehrzeit, Büroangestellte, Verkäuferinnen, auch in Bäcker- und Schlächterläden, nach Vollendung des 16. Lebensjahres, landwirtschaftliche Betriebsbeamte, technische oder kaufmännische Beamte, die bisher selbständig waren usw.); ob dort überhaupt keine versicherungspflichtigen Personen vorhanden sind und ob die vorhandenen Versicherungspflichtigen sämtlich Versicherungskarten besitzen, die von fremden Ausgabestellen ausgestellt sind.

Mit Ablauf des Jahres 1916 werden die im Jahre 1912 ausgestellten Versicherungskarten Nr. 1 im allgemeinen mit Beitragseintragungen gefüllt sein; sie mußten also im Januar 1917 durch neue Versicherungskarten Nr. 2 ersetzt werden. Bei der Ausstellung dieser neuen Karten durch die Ausgabestellen ist — wie ein an sämtliche Ausgabestellen gerichtetes Schreiben des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt vom 21. November 1916 („Angest. Vers." 1916, S. 284) hervorhebt — besonders zu beachten, daß ein Umtausch der vollen Versicherungskarten mit Aufrechnung, im Unterschied von den Quittungskarten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, nicht stattfindet. Die vollen Versicherungskarten sind also von den Ausgabestellen nicht den Versicherten abzunehmen und nicht an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte einzusenden; die vollen Versicherungskarten sind vielmehr, wenn sie vom Versicherten der Ausgabestelle überhaupt vorgelegt werden, von dieser dem Versicherten wieder zurückzugeben. Sie bleiben in seinen Händen und sind von ihm sorgfältig aufzubewahren.

Nach § 190 Vers. Ges. f. Angest. steht es dem Versicherten jederzeit frei, unter Vorlegung einer neuen Aufnahmekarte eine neue Versicherungskarte zu verlangen; die Ausgabestelle wird daher die Ausstellung der neuen Versicherungskarte nicht ablehnen dürfen, wenn etwa die alte Versicherungskarte noch nicht ganz gefüllt ist; ebensowenig darf sie die Weiterbenutzung der alten Versicherungskarte, die noch offene Felder hat, verbieten oder mittels Durchstreichung dieser Felder unmöglich machen. Es ist sogar zugelassen, daß mehrere Versicherungskarten von einem Versicherten mit mehreren Arbeitgebern gleichzeitig benutzt werden.

Zum Zwecke der Ausstellung der neuen Versicherungskarte hat sich der Versicherte Vordrucke einer Aufnahmekarte und einer Versicherungskarte nebst der dazugehörigen Belehrung von der Ausgabestelle geben zu lassen, beide genau auszufüllen — die Versicherungskarte jedoch nur bis zum ersten Strich — und durch Einreichung derselben bei der Ausgabestelle die Ausstellung einer neuen Versicherungskarte zu beantragen. Die Beifügung der alten Versicherungskarte ist zweckmäßig und nicht zu entbehren, wenn die Ausgabestelle auf der neuen Versicherungskarte die Befreiung des Inhabers von der eigenen Beitragsleistung nach § 390 auf Grund des Vermerks auf der alten Karte bescheinigen soll. Die Anträge auf Befreiung nach § 390 müssen schon in der ersten Aufnahmekarte gestellt sein; sie brauchen in der zweiten keineswegs wiederholt zu werden. Die Rückseite der zweiten Aufnahmekarte kann daher vom Versicherten und von der Ausgabestelle ganz unausgefüllt gelassen werden. Die erste Seite der Aufnahmekarte muß aber vom Versicherten genau und vollständig ausgefüllt werden. Auf die genaue Angabe des Berufs und der Berufsstellung ist besonders zu achten. Für Vor- und Geburtsnamen des Ehegatten fehlt es in dem Vordruck an Raum; die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte legt auf diese Angaben auch kein Gewicht Die Zusammenstellung der bisherigen Beitragsleistung braucht von der Ausgabestelle nicht nachgeprüft zu werden, da die Beitragsleistung laufend in der Reichsversicherungsanstalt überwacht wird. Alle Angaben in der Aufnahmekarte über Beruf, Berufsstellung, Arbeitgeber und Familienverhältnisse sind nach dem Stande zur Zeit der Ausstellung der neuen Karte zu machen.

Die Ausstellung der neuen Karte darf in der Regel von einer besonderen Feststellung darüber, ob zurzeit die Versicherungspflicht besteht, nicht abhängig gemacht werden. Vielmehr hat im allgemeinen jeder Inhaber einer Versicherungskarte Anspruch auf ihren Ersatz. Nur in solchen Fällen ist die Ausstellung einer neuen Karte abzulehnen, in denen die Ausgabestelle die pflichtmäßige Überzeugung gewinnt, daß die alte Karte zu Unrecht ausgestellt worden ist, oder daß der Antragsteller bereits berufsunfähig ist.

Die Ausstellung der neuen Versicherungskarte Nr. 2 erfolgt, indem die Ausgabestelle die Frage nach der Befreiung gemäß § 390 auf der Vorderseite der Karte mit nein oder ja beantwortet, den Tag der Ausstellung ausfüllt und ihren Stempel daneben setzt. Die Ausgabestelle behält nur die Aufnahmekarte zurück; die neue Versicherungskarte stellt sie ebenso wie die etwa miteingereichte alte Versicherungskarte dem Versicherten wieder zu.

Daß die Ausgabestelle über die ausgestellten Versicherungskarten eine Liste führt, ist in der Dienstanweisung nicht vorgeschrieben, immerhin aber zweck-

Digitized by Google

mäßig, um künftige Rückfragen beantworten und die von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte angewiesene Vergütung nachprüfen zu können.

Am Schluß jedes Monats hat die Ausgabestelle die erhaltenen neuen Aufnahmekarten an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte einzusenden.

Die Reichsversicherungsanstalt vergütet den Ausgabestellen für die Ausstellung jeder Versicherungskarte 3 Pfennig und trägt auch vom 1. November 1915 ab das Porto für die regelmäßigen Sendungen der Aufnahmekarten. Die Vergütungen und Postgebühren werden von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nach den bei ihr geführten Listen über die eingegangenen Aufnahmekarten berechnet und im November jeden Jahres für die Zeit vom 1. November des Vorjahres bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres zur Zahlung angewiesen oder bei Beträgen unter 1 Mark für das nächste Jahr gutgeschrieben, so daß eine besondere Anforderung und eine laufende, Kosten verursachende Buchführung über diese, meist geringen Beträge bei den Ausgabestellen nicht notwendig erscheint.

Fürsorge für die vom Militär als dienstunbrauchbar ohne Versorgung entlassenen Mannschaften.

Aus einem eingehenderen Aufsatz über diese Frage von Gerda Simons, Berlin-Wilmersdorf, in der „Sozialen Praxis" (Nr. 15 v. 11. Januar 1917) teilen wir auszugsweise folgendes mit:

Eine grundsätzliche Stellung zur Frage nach dem Schicksal der Rentenlosen haben erst verhältnismäßig sehr wenige Gemeinden und diese wiederum in ganz willkürlicher Weise eingenommen. Jedenfalls kann man sagen, daß die bisher angewandten Maßnahmen den Bedürfnissen nicht genügen, daß es aber im Interesse unseres Volkes und vor allem auch in dem jeder einzelnen Gemeinde liegt, sich auch dieser Kriegsteilnehmer rechtzeitig und in einer Weise, die ihren besonderen Verhältnissen Rechnung trägt, anzunehmen. Es würde zu weit führen, diese Verhältnisse hier eingehend zu schildern, die Hauptgesichtspunkte, die bei der Fürsorge für die Beschädigten in Betracht kommen, ergeben sich schon, wenn man einige wenige Fälle näher ins Auge faßt. Von all denen, die zwar dienstunbrauchbar, aber nicht erwerbsbeschränkt sind, braucht hier nur kurz die Rede zu sein. Bei diesen würde es sich, besonders während des Krieges, lediglich darum handeln, in der Zeit bis zur ersten Lohnzahlung helfend einzugreifen und vor allem zu verhindern, daß in dieser Zeit größere Schulden gemacht werden, die den gesunden Übergang in normale Verhältnisse von vornherein unmöglich machen . . . Für eine eigentliche Fürsorge kommen dagegen nur die Fälle in Frage, in denen der Heimkehrende nicht in der Lage ist, durch Arbeit sich und seine Familie zu erhalten. Es wird sich von selbst ergeben, daß man bei Ausübung dieser Fürsorge je nach den Gründen der Arbeitsunfähigkeit weitere Unterschiede macht . . .

Diese Fürsorge wird im wesentlichen sechs Aufgaben zu erfüllen haben. Sie muß zuerst in allen Fällen, bei denen auch nur eine leise Hoffnung auf Erfolg besteht, dem Beschädigten behilflich sein, bei der nachträglichen Geltendmachung des Rentenanspruchs, d. h. bei Stellung eines Antrags oder Erhebung eines Einspruchs. Für den einen oder andern Fall wird vielleicht die Möglichkeit gegeben sein, mit Hilfe des § 28 MVG. und der Pensionierungsvorschrift eine günstige Entscheidung herbeizuführen, ebenso wie in andern Fällen aus der genauen Kenntnis des Gesetzes heraus unnötige Schreiberei und falsche Hoffnungen von vornherein unterbunden werden können. Während in der Kriegsbeschädigtenfürsorge Berufsberatung und Ausbildung im Mittelpunkt der Fürsorge stehen, kommt, wie schon aus den oben angeführten Zahlen hervorgeht, für die Beschädigten in erster Linie die Einleitung von Heil- und Nachbehandlung in Frage. Man muß damit rechnen, daß über ein Drittel der Beschädigten Nerven- und Lungenkranke sind und infolgedessen die Heilbehandlung eine ganz besondere Bedeutung in der Fürsorge erhält, da ja nicht nur bei Lungenkranken, sondern auch bei Nervenkranken eine dauernde Hebung der Erwerbsfähigkeit in der Regel nur von einer Kur erwartet werden kann. Hand in Hand muß mit dieser Fürsorge für die Gesundheit des Beschädigten eine gründliche und oft lang dauernde Fürsorge für die Familie gehen. Diese Forderung nach Familienfürsorge, die schon in der Kriegsbeschädigtenfürsorge, leider noch nicht immer mit genügendem Erfolg, so lebhaft betont wird, ist für die Beschädigten darum so besonders dringend, weil meist die wirtschaftlichen Verhältnisse hier noch schwieriger liegen. Es ist außerdem bei derartigen Beschädigungen eine Miteinbeziehung der Famile aus hygienischen Gründen unbedingt erforderlich. Aber nicht nur um der Familie willen soll auf diese Aufgabe besonderer Wert gelegt werden, sondern auch, um den Erfolg der ganzen Fürsorgearbeit wahrscheinlicher zu machen. Besonders bei der Berufsberatung ist eine Mitbeeinflussung der Frau wünschenswert, in vielen Fällen kann diese zur Bundesgenossin des Beraters werden, eine ganz besonders zu bewillkommnende Erscheinung, wenn es sich um die meist sehr schwierige Beratung von Nervenkranken handelt. Mehr noch als bei der Kriegsbeschädigtenfürsorge muß die Beratung darauf abzielen, den Beschädigten seinem alten Berufe zu erhalten, wenngleich die Fälle, wo im Interesse der Gesundheit zu einem Berufswechsel geraten werden muß, besonders bei Lungen- und Herzkranken, nicht ganz ausgeschlossen sein dürften. Eine Berufsausbildung wird dagegen kaum in Frage kommen, denn der Berufswechsel wird ja meist nur in solchen Fällen notwendig, die gesundheitlich ganz besonders schwierig sind; gerade diese Fälle werden aber meist keine lange Zukunft mehr vor sich haben, und man wird deshalb von einer kostspieligen und womöglich langdauernden Ausbildung von vornherein absehen müssen, und der Übergang in einen ungelernten Beruf wird hier das Gegebene sein. Es ist dagegen bei diesen Fällen besonderes Gewicht auf die Arbeitsvermittlung zu legen, die Lage des Arbeitsmarkts, die ja zurzeit mit ihrer starken und wahllosen Nachfrage nach männlichen Arbeitern für die heimkehrenden Erwerbsbeschränkten sehr günstig ist, birgt andererseits auch große Gefahren, denn sie erschwert nicht nur das Unterbringen in dauernden Stellen und begünstigt das Annehmen vorübergehender Beschäftigungen gegen hohen Lohn, sondern sie erlaubt auch, was gerade für die Beschädigten besonders bedenklich ist, daß bei jedem noch so nichtigen Vorwand die Arbeitsstelle gegen eine andere vertauscht wird. Außerdem verleitet sie den Beschädigten dazu, eine Arbeit anzunehmen, der er körperlich nicht gewachsen ist und und die in kürzester Zeit den Erfolg einer etwa veranstalteten Kur vernichten kann uud somit den Abstieg, anstatt den Aufstieg des Betreffenden begünstigt. Schon um dieser Tatsache willen wäre ein enges Zusammenarbeiten der Fürsorgestelle mit der Arbeitsvermittlung dringend zu erstreben.

Eine so umfassende Fürsorge, wie sie im vorstehenden für die Beschädigten gefordert wird, kann von den Organen, die sich heute der Beschädigten annehmen, in der Regel nicht geleistet werden. Die gemeindlichen Organisationen, Lieferungsverband, Kommission für Kriegshilfsbedürftige, Arbeitslosenfürsorge und andere

Digitized by Google

sind meist bis zum äußersten ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und ihrer Arbeitskräfte angespannt, ihre Leistungen sind zudem meist fest normiert, und damit ist eine individuelle Behandlung des Einzelfalls unmöglich gemacht. Die privaten Vereine sowie das Rote Kreuz (welches fast ausschließlich bisher die Heil- und Nachbehandlung übernimmt) sind es, die bis jetzt in erster Linie für den einzelnen Beschädigten größere Summen zur Verfügung stellen können, wie sie doch häufig gerade zum Anfang und für die Zeit der Nachbehandlung sehr nötig sind. Aber diese Vereine haben keine Gewähr dafür und können sie auch in Zukunft nicht geben, daß ihre Geldzuwendungen zweckentsprechend verwandt werden, denn Wohltätigkeitsvereine und Rotes Kreuz sind nicht imstande, die einzelnen Fälle fürsorgerisch und pflegerisch zu bearbeiten, da es ihnen an geschultem Personal mangelt. Etwas anderes ist es, wenn sie von selbständiger Bearbeitung des einzelnen Falles ganz absehen und statt dessen, wie das Rote Kreuz dies schon in vielen Fällen tut, ihre Mittel dem die Fürsorge ausübenden Organ zur Verfügung stellen würden, dieses könnte dann seinerseits über die Verwendung der Gelder Mitteilung machen. Wie weit neben den öffentlichen und privaten Unterstützungen dem einzelnen von seiner Berufsorganisation oder den Gewerkschaften unter die Arme gegriffen wird, läßt sich bei der großen Zurückhaltung, die diese Organisationen über ihre Kriegsfürsorge beobachten, nicht überblicken. Die meisten haben ja die Fürsorge für die heimkehrenden Krieger auf ihr Programm gesetzt, wenn sie auch mit Recht ausgesprochen haben, daß ihre Maßnahmen nur Notbehelf sind und öffentliche Leistungen weder ersetzen noch überflüssig machen können.

Die Kriegsbeschädigtenfürsorge erscheint bisher noch am ehesten in der Lage, in der oben angeführten Weise sich der Beschädigten anzunehmen. Die besonderen Forderungen der Beschädigtenfürsorge gehen kaum über ihren Rahmen hinaus, und seit der Reichsausschuß für Kriegsbeschädigtenfürsorge im Juli 1916 es den Hauptfürsorgeorganisationen freigestellt hat, den Begriff Kriegsbeschädigter selbständig zu definieren, unter der Bedingung, daß alle Rentenempfänger ohne weiteres als solche anzusehen seien, ist eine Einbeziehung der Beschädigten in die Kriegsbeschädigtenfürsorge tatsächlich möglich geworden. Wenn sich alle Hauptfürsorgeorganisationen der Kriegsbeschädigtenfürsorge in bezug auf die Beschädigten auf den gleichen Standpunkt stellen würden, wäre eine einheitliche Durchführung der Beschädigtenfürsorge gewährleistet. Durch den Reichsausschuß ist auch am ersten die Möglichkeit gegeben, einerseits die Mittel privater Vereine für die Lösung der neuen Aufgabe heranzuziehen und anderseits andere Organisationen, wie z. B. die Landesversicherung, auch hier zur Mitarbeit zu gewinnen. Es müßte sich die Fürsorge für die Beschädigten ganz besonders an die sogenannte ergänzende Fürsorge der Kriegsbeschädigtenfürsorge anschließen, weil aus oben dargelegten Gründen dadurch sachlich und rechtlich ihrem Charakter am besten Rechnung getragen würde. Manche Fürsorgeorganisationen für Kriegsbeschädigte mögen bisher die ergänzende Fürsorge wenig gepflegt haben, wenn sie sich aber zur Übernahme der neuen Aufgabe entschließen oder entschließen müssen, wird die dadurch notwendig werdende Arbeitsteilung eine willkommene Gelegenheit bieten, auch diesem Stiefkind einen Platz an der Sonne zu verschaffen. Der Reichsausschuß hat den Hauptfürsorgeorganisationen die Freiheit gegeben, in dieser Frage die Initiative zu ergreifen, möchten sie es tun und dadurch den Anstoß geben zu einheitlicher und umfassender Regelung einer allgemeinen Fürsorge für die vom Militär ohne Rente Entlassenen.

Beitragsberechnung nach § 177 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Der § 177 Vers. Ges. f. Angest. lautet: „Beschäftigen mehrere Arbeitgeber den Versicherten während des Monats oder findet die Beschäftigung nicht den Beitragsmonat hindurch statt, so hat jeder Arbeitgeber acht Hundertstel des für die Beschäftigung gezahlten Entgelts als Beitrag zu zahlen. Der hiernach für den Monat sich ergebende Beitrag ist auf zehn Pfennig aufzurunden. Übersteigen die hiernach für einen Monat eingezahlten Beiträge den Beitrag der höchsten Gehaltsklasse, so wird der überschießende Betrag dem Versicherten für spätere Beitragsmonate gutgeschrieben."

Die hier vorgeschriebene Art der Beitragsberechnung hat in Angestelltenkreisen mehrfach Zweifel und irrtümliche Vorstellungen erweckt. Die Reichsversicherungsanstalt hat daher Veranlassung genommen, einem Einsender nachfolgenden Bescheid zu erteilen:

Für die Durchführung der vorgesehenen Leistungen der Angestelltenversicherung hat sich seinerzeit ein Durchschnittsbetrag von 8 % des Gehalts als erforderlich herausgestellt. Er liegt auch den Gehaltsklassenbeiträgen zugrunde. Da indes der größte Teil der Angestellten bis zu einem Jahresgehalt von 2000 ℳ auch der Invalidenversicherung angehört und Anspruch auf die Leistungen dieser Versicherung hat, wurden die Angestelltenversicherungsbeiträge der niedrigsten 5 Lohnklassen um die Invalidenversicherungsbeiträge unter gleichzeitiger entsprechender Herabsetzung der Leistungen der Angestelltenversicherung ermäßigt, damit diese Angestellten für beide Versicherungen zusammen nicht über 8 % ihres Gehalts zu zahlen hätten. Für die Monatsteile wurde aber der Satz von 8 % des Entgelts festgehalten, weil diese Berechnungsart einfach, sicher und praktisch war und am leichtesten zu einem einheitlichen Verfahren führte. Die Berechnung nach Bruchteilen des Gehaltsklassenbeitrags ist meist schwieriger; auch hätte dafür erst eine Reihe von Regeln aufgestellt werden müssen, um Einheitlichkeit zu erzielen.

Daß nun bei einer Beschäftigung während eines Monatsteils an Beiträgen meist etwas mehr zu zahlen ist, als sich nach der Gehaltsklasse ergeben würde, deren Monatsbeitrag im Verhältnis der Zeit geteilt wird, ist selbstverständlich und keineswegs widersinnig, da den höheren Beiträgen höhere Leistungen entsprechen. Es dürfte auch den berechtigten Interessen der Angestellten entsprechen, wenn ihnen in den Monaten eines Stellenwechsels die kleine Beitragserhöhung zugute kommt, da in diesen Monaten einige Tage Stellenlosigkeit doch recht häufig sind.

Mit der Ausfertigung der Veränderungsanzeigen hat die Berechnungsweise des Beitrags für einen Monatsbruchteil nur insoweit etwas zu tun, als die Angabe des gezahlten Entgelts an Stelle der Gehaltsklasse erforderlich ist. Von der Forderung, daß bei jeder Änderung der monatlichen Zahlungsbeträge in ihrer Höhe oder Zusammensetzung der Arbeitgeber eine genaue und vollständige Veränderungsanzeige einzureichen hat, kann im Interesse der Sicherheit der Buchungen nicht abgegangen werden. Da beim Ab- und Zugang eines Angestellten innerhalb eines Monats die Monatssumme der Beiträge des Arbeitgebers sich zweimal (für zwei aufeinander folgende Monate) ändert, so müssen auch ganz unabhängig von der Berechnungsweise der Teilbeträge zwei Veränderungsanzeigen erstattet werden. Nur in Ausnahmefällen, wenn keinerlei sonstige Veränderungen zu erwarten und auch tatsächlich im nächsten Monat nicht eingetreten

Digitized by Google

sind, könnte eine Anzeige für beide Monate im ersten Monat erstattet werden, in der die für diese beiden Monate zu zahlenden Beträge einzeln und getrennt aufgestellt werden. (C. B. 13 981.)

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Aufhebung der während des Krieges beibehaltenen hausgewerblichen Krankenversicherung.

1. **Nach T.** Antwort: Die Beibehaltung der hausgewerblichen Krankenversicherung während des Krieges bedurfte nach § 3 Abs. 2 des Ges. v. 4. August 1914 eines übereinstimmenden Antrags der Gemeinde und des Kassenvorstandes sowie der Genehmigung des Oberversicherungsamts. Daraus kann aber nicht gefolgert werden, daß auch die Aufhebung der hausgewerblichen Krankenversicherung, also die Wiederherstellung des regelmäßigen gesetzlichen Zustandes (§ 3 Abs. 1), nur in der gleichen Weise zustande kommen könne. Wenn die Kasse sich überzeugt, daß die hausgewerbliche Versicherung sich nicht bewährt habe, so wird auch ohne Zustimmung der Gemeinde die Aufhebung erfolgen können; es liegt dann eben nicht mehr das für die Beibehaltung der Versicherung erforderliche Einverständnis von Kasse und Gemeinde vor. Insofern irrt daher das Versicherungsamt, wenn es den Beschluß der Kasse beanstandet, weil die Zustimmung des Gemeindeverbandes fehle. Dagegen ist zur Aufhebung der Versicherung, wie zur Beibehaltung, die Genehmigung des Oberversicherungsamts erforderlich (zu vgl. Entsch. des württ. Min. des Inn. und des württ. VGH. bei Reger 20 S. 296 und S. 305). Wir empfehlen hiernach, sich beschwerdeführend an das Oberversicherungsamt zu wenden und gleichzeitig die Genehmigung zur Aufhebung der hausgewerblichen Krankenversicherung zu beantragen. Dann mag das Oberversicherungsamt ermessen, ob der Gemeindeverband zunächst zu hören sei; daß dieser zustimme, ist, wie gesagt, nicht erforderlich.

Pflichtmitgliedschaft durch Beschäftigung eines im versicherungsrechtlichen Sinne Arbeitsunfähigen.

2. **Nach Hamburg.** Antwort: Wir können beim besten Willen nicht erkennen, was aus Ihren Anführungen gegen unsere Auskunft im Heft 36 S. 863 Ziff. 12 folgen soll. Es ist anerkannt, daß auch ein im versicherungsrechtlichen Sinne Arbeitsunfähiger, der Krankengeld bezieht, durch Übernahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Mitglied einer Krankenkasse werden kann, wenn er tatsächlich Arbeit leistet, die wirtschaftlich von Belang ist, so daß es sich nicht um einen bloßen Arbeitsversuch handelt (zu vgl. Hahn Anm. 22 zu § 165 RVO). Begründet diese Beschäftigung die Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse als bei derjenigen, von der das Krankengeld bezogen wird, so endet der Krankengeldbezug gemäß § 212 RVO., und es kann nur noch die andere Kasse als leistungspflichtig in Betracht kommen. Diese aber wird ihm das Krankengeld dann versagen können, wenn er den vollen Lohn für diejenige Tätigkeit erwirbt, auf der seine Pflichtmitgliedschaft beruht (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1907 S. 409). Daß die Sache in dem Fall, auf den sich unsere Auskunft bezog, so gelegen habe, können wir nicht ersehen.

Versicherungsberechtigung der nach § 169 RVO. Versicherungsfreien.

3. **Nach Luckenwalde.** Antwort: Die Ansicht der Krankenkasse ist irrig. Personen, denen die im § 169 RVO. erwähnten Ansprüche zustehen, sind, wie das Gesetz selbst sagt, versicherungsfrei. Daher haben sie nach § 176 Ziffer 1 RVO. das Recht des freiwilligen Beitritts. Dieser Paragraph macht nicht, wie die Kasse offenbar annimmt, einen Unterschied zwischen solchen Versicherungsfreien, die eine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben und solchen, bei denen dies nicht der Fall ist. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 176, und Arb.-Vers. 1913 S. 22 Ziff. 7a).

Ablehnung des Antrags auf Einführung höherer Kassenleistungen nach § 1 Abs. 2 Ges. v. 4. 8. 14.

4. **Nach Stralsund.** Antwort: Nach § 1 Abs. 2 des Ges. v. 4. 8. 14 (Arb.-Vers. 1914 S. 569) kann das Versicherungsamt auf Antrag des Kassenvorstandes verfügen, daß höhere Leistungen (als die Regelleistungen) gewährt werden, wenn die Leistungsfähigkeit der Kasse gesichert ist. Wir treten Ihnen darin bei, daß diese Voraussetzung nicht schon deshalb verneint werden kann, weil die Rücklage noch nicht den im § 364 Abs. 1 Satz 1 RVO. vorgeschriebenen Mindestbetrag erreicht hat. Eine Kasse ist hinreichend leistungsfähig, wenn sie die gebotenen Ausgaben bestreiten kann, und hierzu gehören allerdings die im § 364 Abs. 1 Satz 2 vorgeschriebenen Zuführungen zur Rücklage. Würde die Kasse bei Einführung der beabsichtigten Mehrleistungen hierzu voraussichtlich nicht imstande sein, so wäre ihre Leistungsfähigkeit nicht für gesichert zu erachten. Aber die Kasse ist nicht verpflichtet, höhere als die dort vorgeschriebenen Beträge der Rücklage zuzuführen, auch wenn der im Satz 1 bezeichnete Betrag noch nicht erreicht ist. Deshalb darf man aus diesem letzteren Umstand allein noch nicht herleiten, daß ihre Leistungsfähigkeit nicht gesichert sei. Dennoch läßt sich nicht sagen, daß die ablehnende Entscheidung des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts mit § 1 Abs. 2 des Ges. vom 4. 8. 14 unvereinbar sei. Denn diese Vorschrift sagt nicht, daß das Versicherungsamt bei gesicherter Leistungsfähigkeit der Kasse auf Antrag des Vorstandes die Gewährung höherer Leistungen verfügen muß, sondern nur, daß es so verfügen „kann". Es hat also ein freies pflichtmäßiges Ermessen zu üben

Digitized by Google

und darf daher den Antrag der Kasse auch aus anderen Gründen ablehnen, insbesondere also auch, weil es nach den besonderen Verhältnissen zunächst die Füllung der Rücklage bis zum gesetzlichen Mindestbetrage für wichtiger und dringlicher erachtet, als die Einführung der beabsichtigten Mehrleistung.

Versicherungsfreiheit von Krankenkassenangestellten (§ 169 RVO.).

5. **Nach Ronsdorf.** Antwort: Hat der Angestellte „bei Dienstbehinderung im Erkrankungsfalle" Anspruch auf Weiterzahlung seines Gehalts für sechs Monate, und erreicht dies Gehalt den $1^1/_2$fachen Betrag des Krankengeldes, so ist der Angestellte versicherungsfrei. Daß er auch noch Anwartschaft oder Anspruch auf Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge haben müsse, ist aus § 169 RVO. nicht zu entnehmen, sondern diese Vorschrift stellt nur den Anspruch auf Ruhegeld usw. dem Anspruch auf Gehalt, als Voraussetzung der Befreiung, gleich.

Dauer der Stellvertretung eines Vorstandsmitgliedes.

6. **Nach Herne.** Anfrage: Für ein zur Fahne einberufenes Vorstandsmitglied wurde dessen Ersatzmann zum Vorstand zugezogen; einige Zeit später wurde wieder ein Vorstandsmitglied zur Fahne eingezogen und gleichfalls ein Ersatzvertreter zugezogen. Nachdem dann das zuerst eingezogene Vorstandsmitglied wieder zurückkehrte, wurde dessen Ersatzmann abbestellt, sodaß nur noch der Ersatzmann für das zweite zur Fahne eingezogene Vorstandsmitglied bestehen blieb. Es besteht Streit darüber, ob nicht der erste Ersatzvertreter für das zuerst zur Fahne einberufene Vorstandsmitglied doch bestehen bleiben muß und der zweite Ersatzvertreter für das zur Fahne einberufene zweite Vorstandsmitglied ausscheiden muß.

Antwort: Wir halten das beobachtete Verfahren für richtig. Der erste Ersatzmann war als Stellvertreter für das zuerst eingezogene Vorstandsmitglied zugezogen (§ 79 Abs. 9 Satz 3 der Musterwahlordg. für OKK). Er hatte abzutreten, nachdem der Behinderungsfall, für den er eingetreten war, sich erledigt hatte. Der Behinderungsfall, für den der zweite Ersatzmann in seiner Eigenschaft als Stellvertreter eingetreten ist, dauert noch fort; folglich bleibt er noch weiter im Vorstand.

Einfluß von Feiertagen auf die Berechnung der Krankengelddauer. — Verteilung der Beträge auf mehrere Arbeitgeber.

7. **H. in S.** Antwort: a) Die gesetzliche oder satzungsmäßige Dauer der Krankengeldleistung wird nicht dadurch verlängert, daß in die Zeit Feiertage fallen, für welche Krankengeld nicht zu zahlen war. Es kann also nicht davon die Rede sein, daß am Ende drei Tage hinzugerechnet werden müssen, weil in jene Zeit drei Feiertage gefallen sind.

b) Die Leistungspflicht der Kasse endet mit Ablauf der 26. Woche nach dem Tage, an welchem zuerst Krankengeld bezogen worden ist; sie umfaßt also im ganzen 183 Tage (§ 183 mit § 125 RVO.) und verlängert sich nicht um einen Tag, wenn der 183. Tag ein Sonn- oder Feiertag ist, für den Krankengeld nicht bezahlt wird.

c) Die Berechnung der Beitragsklasse ist richtig und die Verteilung des Beitrags auf die beiden Arbeitgeber entspricht dem Verhältnisse des Wertes des von jedem gewährten Entgelts an Sach- und Barleistungen. Die Kasse ist aber zu einer solchen Verteilung nicht verpflichtet, sondern könnte sich an einen der beiden Arbeitgeber wegen der vollen Beiträge halten und ihm überlassen, sich mit dem anderen Arbeitgeber auseinanderzusetzen oder bei dem Versicherungsamt auf Verteilung der Beiträge anzutragen (§ 396 RVO.). Solange dies nicht geschehen ist, ist jedenfalls gegen die von der Kasse vorgenommene Teilung nichts einzuwenden.

Verlängerte Amtsdauer der Kassenorgane; Ergänzungswahlen.

8. **Nach Kamenz** (Sachsen). Antwort: Die Amtsdauer der Vertreter der Arbeitgeber sowie der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern, also auch in den Organen der Krankenkassen war aus Anlaß des Krieges zunächst durch die Bekanntmachung v. 12. August 1915 (Arb. Vers., 1915, S. 586), dann weiter durch die Bekanntmachung v. 18. April 1916 (Arb. Vers., 1916, S. 319) verlängert worden und ist nunmehr wieder durch die Bekanntmachung v. 11. Januar 1917 (Heft 3, S. 80) bis zum Schluß desjenigen Jahres erstreckt, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist. Danach haben Neuwahlen zu den Kassenorganen, die im Jahre 1917 vorzunehmen sein würden, jedenfalls zu unterbleiben, weil die Amtsdauer bis Ende 1918 und, wenn der Krieg auch im Jahre 1918 noch nicht beendet wäre, noch darüber hinaus verlängert ist. Das bezieht sich aber nur auf die allgemeinen Wahlen. Soweit Vorstände oder Ausschüsse nicht mehr vollzählig und Ersatzmänner, die einrücken könnten, nicht mehr vorhanden sind, müssen Ergänzungswahlen vorgenommen werden. Zu vergl. preuß. Min. Erl. u. Arb. Vers., 1916, S. 153 und hierzu daselbst S. 166, Ziff. 1; auch bayr. Min. Erl. daselbst S. 322.

Gummiknie als Heil- oder Hilfsmittel?

9. **Nach Langenschwalbach.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse, von Beruf Schneider, erlitt einen Beinbruch. Ihm wurde ein Gummiknie verordnet, welches bereits dreimal im Zwischenraum von einem Vierteljahr von unserer Kasse bezahlt wurde. Die Kasse gewährt Heilmittel im Höchstbetrage von ℳ 15.—. Ist sie verpflichtet dem Mitglied, welches nicht mehr in ärztlicher Behandlung steht, alle Vierteljahre ein Gummiknie zu gewähren? Und steht dieses unter dem Begriff ärztlicher Heilmittel?

Antwort: Nach Ihren Angaben ist anzunehmen, daß das Heilverfahren abgeschlossen ist und daß das Gummiknie nicht mehr als Heilmittel, sondern als ein Hilfsmittel zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit in Betracht kommt, welches die Kasse nur zu gewähren braucht, wenn die Satzung eine dem § 187, Ziff. 3 RVO. entsprechende Bestimmung enthält. Es kann nur in Frage kommen ob es sich empfiehlt, das Gummiknie gleichwohl als ein Heilmittel zu gewähren, wenn zu befürchten ist, daß andernfalls das Mitglied von neuem erkranken und arbeitsunfähig werden würde, für die Kasse also von neuem eine Leistungspflicht entstehen würde. Zu vergl. 1916, Heft 35, S. 839, Ziff. 4.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von G. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1164 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. Februar 1917 | Heft 6

Die österreichische Verordnung über Aenderungen der Krankenversicherung.

Die deutsche Arbeiterversicherung ist das Vorbild für die Schaffung mehr oder weniger ähnlicher Einrichtungen in fast allen Kulturstaaten geworden. Ganz besonders hat man sich in Österreich an das deutsche Muster angelehnt, und namentlich das österreichische Gesetz vom 30. März 1888, RGBl. Nr. 33, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, ist dem deutschen nicht nur in den Grundgedanken gefolgt, sondern auch in der Ausgestaltung und oft in der wörtlichen Fassung nachgebildet. Im übrigen ist man in Österreich, was die Arbeiterversicherung betrifft, nicht über die Kranken- und Unfallversicherung hinausgekommen; an einer Invalidenversicherung nach Art der deutschen fehlt es noch. Dagegen ist Österreich auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung vorangegangen. Das österreichische Gesetz vom 16. Dezember 1906, betreffend die Pensionsversicherung der in privaten Diensten und einigen in öffentlichen Diensten Angestellten, ist das Vorbild unseres Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911.

Über die Entstehungsgeschichte und die Entwicklung der Arbeiterversicherung in Österreich unterrichtet ausführlich, mit Ausblicken auf das deutsche Recht und unter Nachweis weiterer Literatur, das Werk „Die Arbeiter-Versicherung im Auslande", herausgegeben von Dr. Zacher, Heft VII/VIII nebst dem Nachtragshefte VII a, *) welches auch schon das Ende 1904 den beiden Häusern des Reichsrats und beteiligten Körperschaften vorgelegte „Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung" behandelt (S. 70 ff.). Die organisatorischen Grundlagen dieses Reformplanes hat in der Arb. Vers. 1905 S. 330 ff., 345 ff. Hahn ausführlich dargestellt mit Ausblicken auf die damals auch bei uns angeregten Reformgedanken, insbesondere auf den Gedanken, die deutsche Arbeiterversicherung durch Verschmelzung ihrer verschiedenen Zweige zu vereinheitlichen. Es folgten in derselben Zeitschrift andere Aufsätze, die auf die materielle Seite des Programms hinsichtlich der einzelnen Versicherungszweige, wie es sich zu einer Gesetzesvorlage vom 3. November 1908 verdichtet hatte, eingingen. So behandelt Dr. Löwenstein im Jahrgang 1909 S. 212 ff. die Krankenversicherung, Dr. Kaff das. S. 88 ff. die Einbeziehung selbständig Erwerbstätiger in die allgemeine Invaliden- und Altersversicherung, und Kompert das. S. 308 ff. die Unfallversicherung, über deren Gestaltung und Entwicklung später im Jahrgang 1915 S. 529 ff. Lange ausführlicher berichtet hat. Im Jahrgang 1910

*) Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde. Einzelpreis Heft VII/VIII = ℳ 3,—; Heft VIIa = 4 ℳ 50 Pf.

Digitized by Google

S. 357 ff. ist noch die Arztfrage in der österreichischen Krankenversicherung von Dr. Kaff erörtert worden.

Die Pläne einer eingreifenden Reform der Kranken- und der Unfallversicherung unter gleichzeitiger Einführung der Invaliden- und Altersversicherung schienen nach langjährigen Verhandlungen unmittelbar vor Ausbruch des Krieges der Verwirklichung nahe, mußten jedoch vor den dringlicheren Anforderungen des Krieges zurücktreten. Aber gerade der Krieg stellte auch wieder ganz besonders die Krankenkassen vor schwere und wichtige Aufgaben, nicht nur für die Gegenwart, sondern auch für die kommende Friedenszeit, und es wurde als dringende Notwendigkeit anerkannt, die Kassen für die Erfüllung dieser Aufgaben entsprechend auszurüsten. Dies konnte in Österreich, wo zur Zeit bekanntlich die Gesetzgebung sich ohne gesetzgebende Körperschaften behilft, auf Grund des vielberufenen § 14 des Grundgesetzes über die Reichsvertretung vom 21. Dezember 1867 einfach durch Kaiserl. Verordnung geschehen. Im Reichsgesetzblatt sind unter Nr. 6 und 7 zwei solche Verordnungen vom 4. Januar 1917 bekannt gemacht, von denen die erste „Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes", die zweite gewisse, hiermit im Zusammenhang stehende Änderungen und Ergänzungen der Gewerbeordnung betrifft.

Eine halbamtliche Begründung hierzu hebt hervor, daß man manche vielleicht erwartete und erwünschte weitergehende Reformen, insbesondere in organisatorischer Beziehung und hinsichtlich des Umfangs der Versicherungspflicht, der künftigen umfassenden Regelung der Sozialversicherung vorbehalten und sich darauf beschränkt habe, dort Abhilfe zu schaffen, wo sie unmittelbar not tut. Über den Inhalt der Verordnungen sei aus der Begründung folgendes wörtlich mitgeteilt:

„Die Versicherungsleistungen erfahren einige bedeutsame Erweiterungen. Diese sind: die im Interesse unseres Nachwuchses dringende Erhöhung der Wöchnerinnenunterstützungsdauer von vier auf sechs Wochen und durch Einführung von obligatorischen Stillprämien, ferner die Ausdehnung der längsten Krankenunterstützungsdauer von 20 auf 26 Wochen, endlich eine mäßige Erhöhung der Begräbnisgelder.

Eine einschneidende Änderung bringt die Einführung des Lohnklassensystems, das auf dem Grundsatz der Einteilung der Versicherten in mehrere (11) nach dem tatsächlichen Arbeitsverdienst ziffernmäßig begrenzten Klassen beruht. Damit wird eine den tatsächlichen Lohnverhältnissen gut angepaßte Lohngrundlage für die Bemessung der Versicherungsleistung und der Versicherungsbeiträge geschaffen. Sie tritt an die Stelle des „bezirksüblichen" Taglohnes, der sich in dieser Beziehung als ganz unzulänglich erwiesen hat und namentlich auch wegen seiner nicht mehr zeitgemäßen Begrenzung mit dem Höchstbetrag von 4 Kr. einer den Lohnverhältnissen halbwegs entsprechenden Versicherung hinderlich war.

Eine bemerkenswerte Ausgestaltung erfahren die Bestimmungen über die freiwilligen Mehrleistungen der Krankenkassen. Auf diesem Gebiet wird den leistungsfähigen Krankenkassen die Möglichkeit zu weitgehender Betätigung gegeben, namentlich in der Richtung der Einführung einer Versicherung der Familienangehörigen der Krankenkassenmitglieder auf freie ärztliche Hilfe und Heilmittelbezug sowie auf Wöchnerinnenunterstützungen (Familienversicherung). Diese durch die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen allerdings nicht ausgeschlossene Versicherung erlangt durch die ihr jetzt zuteil werdende nähere Regelung die bisher entbehrte positive Grundlage, welche die im höchsten Grad erwünschte weitere Verbreitung dieser für die Volksgesundheit so bedeutungsvollen Versicherung zu fördern berufen ist.

Die kaiserliche Verordnung enthält ferner ausführliche Bestimmungen zur Regelung des ärztlichen Dienstes und füllt damit eine stark empfundene Lücke des bisherigen Krankenversicherungsgesetzes aus. Der Mangel einer gesetzlichen Regelung dieser Angelegenheiten hat in der Praxis zu einer Unsicherheit über die Befugnisse der Krankenkassen, über die Rechte der Mitglieder und der Ärzte geführt, die wiederholt zu Konflikten zwischen Krankenkassen und Ärzten Anlaß gegeben hat, welche zum Schaden der Versicherten die Besorgung des ärztlichen Dienstes beeinträchtigt haben. Um solchen bedauerlichen Vorkommnissen in Zukunft möglichst vorzubeugen, wird der Gegenstand einer durchgreifenden Regelung unterzogen. Diese Regelung bezieht sich auf die zulässigen Formen des ärztlichen Dienstes, auf den Vertragsabschluß zwischen Ärzten und Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden einschließlich der Erstellung von Rahmenverträgen, auf die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen durch paritätisch zusammengesetzte Schiedsgerichte, endlich auf die Bildung von Einigungskommissionen zur einvernehmlichen Austragung von Meinungsverschiedenheiten über die

Digitized by Google

Handhabung bestehender Verträge und über den Abschluß neuer Verträge.

Um die Krankenkassen in die Lage zu setzen, den an sie nach dem Kriege herantretenden erhöhten Anforderungen und erweiterten Aufgaben nachzukommen, werden die bisherigen unzulänglichen Bestimmungen über die finanziellen Grundlagen der Krankenversicherung einer Reform unterzogen. Diese schafft unter anderem für die Krankenkassen die erwünschte größere Bewegungsfreiheit bei Festsetzung der Kassenbeiträge, namentlich die Zulässigkeit einer Abstufung der Beiträge nach der Krankheitsgefahr, bringt die notwendige Erhöhung des bisherigen gesetzlichen Maximums des Kassenbeitrages und trifft geänderte Bestimmungen über die Bildung des Reservefonds sowie über die zur Sanierung notleidender Kassen zu ergreifenden Maßnahmen. Von Wichtigkeit ist auch die den gegenwärtigen Verhältnissen entsprechende Erweiterung der zulässigen Kapitalsanlagen.

Eine bemerkenswerte Neuregelung trifft die kaiserliche Verordnung auf dem Gebiet der Bildung von Verbänden der Krankenkassen, die nach den bisherigen Bestimmungen einengenden Beschränkungen unterworfen war. Unter Auflassung der bestehenden Zwangsverbände der Bezirkskrankenkassen, die im allgemeinen bei den Beteiligten wenig Anklang gefunden haben, wird die bisher nicht zulässige Bildung freier Verbände von Krankenkassen aller Gattungen gestattet und diese Bildung entsprechend geregelt. Damit wurde dem zweifellos bestehenden Bedürfnis nach Zusammenschluß der Krankenkassen zur Verfolgung gemeinsamer Zwecke Rechnung getragen. Zu diesen Zwecken gehören namentlich auch die wichtigen Aufgaben sozial-hygienischer Natur, die Schaffung von Einrichtungen zur Heil- und Rekonvaleszentenpflege, die Bekämpfung der Volksseuchen usw., durchwegs Aufgaben, bei deren Lösung der Staat der Mitwirkung der Krankenkassen dringend bedarf.

Die Reformen der Krankenversicherung gelten für alle Kategorien der nach dem Krankenversicherungsgesetz eingerichteten Krankenkassen, daher insbesondere auch für die Bruderladekrankenkassen. Alle den neuen Vorschriften entgegenstehenden gesetzlichen Bestimmungen, demnach auch solche der Gesetze über die Bergwerksbruderladen, treten außer Geltung. Da sich bei Betriebskrankenkassen der Seeleute gewisse, den Versicherten günstigere Einrichtungen herausgebildet haben, ist für sie eine besondere Regelung vorbehalten worden, die den abweichenden Verhältnissen Rechnung tragen soll.

Eine gleichzeitig verlautbarte kaiserliche Verordnung betreffend die Abänderung der §§ 94 und 121 der Gewerbeordnung steht in Zusammenhang mit der Reform der Krankenversicherung. Mit Rücksicht auf die durch diese getroffene Ausdehnung der Dauer der Wöchnerinnenunterstützung von vier auf sechs Wochen wird das Verbot der Verwendung von Wöchnerinnen zu regelmäßigen gewerblichen Beschäftigungen von vier auf sechs Wochen ausgedehnt. Diese Neuerung ist durch das große öffentliche Interesse an einem möglichst verstärkten Mutterschutz und Schutz unseres Nachwuchses vollauf begründet. Die Änderungen des § 121 der Gewerbeordnung bringen endlich diese für die Genossenschaftskrankenkassen geltenden besonderen Vorschriften auch formell mit der Reform der Krankenversicherung in Einklang.

Die Reform der Krankenversicherung ist mit diesen beiden Novellen nicht abgeschlossen, viel bleibt noch zu leisten, das nur im Zusammenhang mit der allgemeinen Ausgestaltung unserer Sozialversicherung verwirklicht werden kann. Dennoch bedeuten diese Novellen einen wesentlichen Schritt auf dem Wege, die Krankenkassen zu Hauptstützen aller Bestrebungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege zu machen."

Man wird diesem Schlußurteil gewiß zustimmen und manches, was schon das alte Gesetz enthielt und was die neue Verordnung bringt, auch für eine Reform unserer Krankenversicherung in Erwägung ziehen können. Einige wichtige Punkte, in denen das österreichische Krankenversicherungsrecht in bemerkenswerter Weise von dem deutschen abweicht, seien hier hervorgehoben:

Zu den Pflichtleistungen der Kasse gehört (und gehörte schon bisher) „freie ärztliche Hilfe mit Inbegriff des geburtshilflichen und des Hebammenbeistandes sowie die notwendigen Heilmittel und sonstigen therapeutischen Behelfe (§ 6, Ziff. 1), also ohne die bei uns geltende Einschränkung auf Arznei, Brillen, Bruchbänder und andere „kleinere" Heilmittel. — „Ein arbeitsfreier Tag ist als erster oder letzter Krankheitstag nicht zu rechnen" — offenbar, um zu vermeiden, daß Tage, an denen der Versicherte ohnehin nichts verdient hätte, nur zur Erlangung von Krankengeld in die Krankheit eingerechnet werden (§ 6, Ziff. 2, Abs. 2). — Das Wochengeld für sechs Wochen wird nur gezahlt, solange sich die Wöchnerin der Lohnarbeit enthält (§ 6, Ziff. 3). — Die Stillprämie für zwölf Wochen ist Pflichtleistung; die Leistung „kann" aber durch das Statut auf 26 Wochen ausgedehnt werden (§ 6, Ziff. 4, § 9, Ziff. 5). Es ist zu beachten, daß bei uns das Stillgeld

Digitized by Google

einstweilen nur als eine Leistung der Kriegswochenhilfe vorgesehen ist, während die österreichische Verordnung darüber hinaus auch für die Friedenszeit gilt. — Änderungen der Lohnklasse, die später als vier Wochen vor Beginn der Krankheit oder während dieser eintreten, sind für die Höhe des Krankengeldes für diese Krankheit nicht maßgebend (§ 6a, Abs. 1). — Eine neuerliche Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, für die bereits Krankengeld gewährt wurde, ist nur dann, wenn sie nicht später als acht Wochen nach der Einstellung des Krankengeldbezuges eintritt, für die Berechnung der Krankenunterstützungsdauer als Fortsetzung dieser Krankheit anzusehen (§ 6a, Abs. 3). — Als erster Krankheitstag gilt im allgemeinen der Tag der Krankmeldung. Für Zeiten vor diesem Tage ist, sofern sie mehr als zwei Wochen zurückliegen, die Krankenunterstützung überhaupt nicht, sonst aber nur dann zu gewähren, wenn der Versicherte an der rechtzeitigen Meldung verhindert war und den früheren Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit und der ärztlichen Behandlung in zweifelloser Art nachweist. (§ 6b). — Lehrlinge, Volontäre und Praktikanten, die einen Lohn oder Gehalt in barem nicht beziehen, gehören in die erste Lohnklasse (Arbeitsverdienst bis 1,25 Kr.; § 7a, Abs. 2, vgl. § 7). — Durch Statut kann Familienversicherung für versicherungsfreie Angehörige des Versicherten, ähnlich wie bei uns eingeführt werden, jedoch nur für solche Angehörige, die im Haushalt des Versicherten leben, und nicht für solche Versicherte, deren Jahreseinkommen eine bestimmte, örtlich verschiedene Grenze (2400 bis 4800 Kr.) überschreitet; durch Ministerialbeschluß kann die Familienversicherung für einzelne Gebiete als Pflichtleistung erklärt und geregelt werden. (§ 9a). — Für Zwecke, die mit der Krankenversicherung im Zusammenhang stehen, können besondere Fonds errichtet werden, insbesondere zur Gewährung fakultativer Unterstützungen, zu besonderen Mehrleistungen für Kranken- und Rekonvaleszentenpflege, zur vorbeugenden Bekämpfung von Volksseuchen, einschließlich der Unterstützung von Bestrebungen, die diesen Zwecken dienen. Hierzu können besondere Beiträge von den Versicherten erhoben werden, von den Arbeitgebern aber nur dann, wenn deren Vertreter in der Generalversammlung in gesonderter Abstimmung mit einfacher Stimmenmehrheit zustimmen (§ 9b). — Durch das Statut kann u. a. auch bestimmt werden, daß Versicherten, die im Krankheitsfalle Anspruch auf Fortzahlung des vollen Lohnes oder Gehaltes haben, für die Dauer dieses Anspruchs das Krankengeld, bei entsprechender Beitragsermäßigung, ganz oder teilweise versagt wird (§ 9c, Ziffer 4). — Die Bemerkungen der Begründung über die Regelung des ärztlichen Dienstes geben kein klares Bild von der Art dieser Regelung. Deshalb mögen die betreffenden Vorschriften hier wörtlich folgen:

§ 6c. Für die Gewährung der im § 6, Ziff. 1 bezeichneten Leistungen haben die Krankenkassen ausreichende Vorsorge zu treffen. Ist die Beistellung aller oder einzelner dieser Leistungen einem Kassenverbande übertragen, so ist die Kasse von ihrer Verpflichtung nur soweit befreit, als die vom Verbande getroffene Vorsorge ausreicht.

Hinsichtlich der ärztlichen Behandlung der erkrankten Mitglieder kann angeordnet werden, daß diese sich an bestimmte Ärzte zu wenden haben und daß die Bestreitung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte erwachsenden Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, von der Kasse (dem Kassenverbande) abgelehnt wird.

Den erkrankten Versicherten kann auch die Wahl zwischen den Ärzten des Kassensprengels freigestellt werden, die sich verpflichten, die ärztliche Behandlung unter den mit der Krankenkasse (Verband) vereinbarten Bedingungen zu gewähren (Organisierte freie Ärztewahl).

§ 6d. Mit den zur ärztlichen Behandlung ihrer Mitglieder berufenen Ärzten (§ 6c, Absatz 2 und 3) hat die Krankenkasse (der Kassenverband) einen schriftlichen Vertrag über die beiderseitigen Rechte und Pflichten zu schließen.

Dieser Vertrag muß jedenfalls das dem Arzte für seine Mühewaltung gebührende Entgelt (ärztliche Honorar), Art und Umfang der beiderseitigen Ob-

Digitized by Google

liegenheiten, den Beginn des Vertragsverhältnisses und die Art seiner Auflösung regeln.

Bestehende Verträge oder das Dienstverhältnis der Ärzte regelnde Dienstvorschriften (Dienstpragmatik und dergleichen) bleiben unberührt, soweit sie den vorstehenden Anforderungen genügen.

Die bei einer Krankenkasse (einem Kassenverband) bestehenden Instruktionen über den kassenärztlichen Dienst dürfen mit dem Inhalte der Verträge nicht im Widerspruch stehen. Diese Instruktionen sind jedem Kassenarzte bei Eingehung des Vertragsverhältnisses zur Kenntnis zu bringen. Vor jeder Änderung der Instruktionen oder der sonstigen kassenärztlichen Einrichtungen sind die Kassenärzte oder ihre Vertrauensmänner anzuhören.

§ 6e. Die Krankenkassen (Kassenverbände) können mit den Organisationen der Ärzte ihres Sprengels Abmachungen über den Inhalt der mit den einzelnen Kassenärzten zu schließenden Verträge treffen (Rahmenverträge, Vertragsschema). Den Einzelverträgen ist der Rahmenvertrag (Vertragsschema) zugrunde zu legen.

Krankenkassen, bei denen mangels vertraglicher Regelung die Besorgung des kassenärztlichen Dienstes nicht sichergestellt ist, kann die politische Landesbehörde (Berghauptmannschaft) für die Dauer dieses Zustandes ausnahmsweise gestatten, der Verpflichtung zur Gewährung der Krankenpflege durch Erhöhung des Krankengeldes, und zwar mindestens um 75 Heller täglich zu entsprechen.

§ 6f. Entstehen zwischen einer Krankenkasse (einem Kassenverbande) einerseits und Kassenärzten oder Gruppen von solchen anderseits Streitigkeiten oder Meinungsverschiedenheiten über die Handhabung der Verträge, so ist zu deren einvernehmlicher Austragung über Verlangen einer der beteiligten Parteien oder auch, wenn ein solches nicht vorliegt, von der politischen Landesbehörde, gegebenenfalls im Einvernehmen mit der Berghauptmannschaft, eine Einigungskommission einzuberufen.

Die Einigungskommissionen können auch dann einberufen werden, wenn über die Grundsätze eines neu zu vereinbarenden oder über die Abänderung eines bestehenden Rahmenvertrages (Vertragsschemas) eine Einigung zwischen den Parteien nicht erzielt werden kann.

Die Beschlüsse der Einigungskommission sind für beide Teile nur dann verbindlich, wenn sie unter Zustimmung der streitenden Parteien zustande gekommen sind oder wenn ihnen die Genehmigung der Parteien nachträglich erteilt worden ist.

Über die Zusammensetzung, Einrichtung und Einberufung der Einigungskommissionen haben die politischen Landesbehörden Vorschriften zu erlassen. Bei den Verhandlungen ist für eine paritätische Vertretung der Parteien vorzusorgen. Der Vorsitzende der Kommission wird entweder fallweise oder im voraus für einen längeren Zeitraum von der politischen Landesbehörde, gegebenenfalls im Einvernehmen mit der Berghauptmannschaft, aus der Reihe der öffentlichen, dem Ärztestande nicht angehörigen Beamten bestellt.

§ 6g. Zur Entscheidung über strittige Ansprüche aus dem Vertragsverhältnisse zwischen einer Krankenkasse (einem Kassenverbande) und einem Arzte sind, soweit hierfür im Vertrage nicht ein anderes Schiedsgericht vereinbart worden ist, die auf Grund des § 38 des Gesetzes vom 28. Dezember 1887, RGBl. Nr. 1 ex 1888, und wenn es sich um Bruderladenkrankenkassen handelt, die auf Grund des § 15 der kaiserlichen Verordnung vom 7. April 1914, RGBl. Nr. 80, errichteten Schiedsgerichte der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten ausschließlich zuständig.

An Stelle der dort vorgesehenen Beisitzer treten jedoch vier fallweise zu berufende Beisitzer, von denen fallweise je zwei von jedem der beiden Streitteile namhaft zu machen sind. Die von der beteiligten Krankenkasse (dem Kassenverbande) namhaft gemachten Beisitzer dürfen weder Mitglieder des Vorstandes noch Angestellte dieses Instituts sein. Wenn die Bestellung von Beisitzern nicht inerhalb einer vom Vorsitzenden festgesetzten Frist erfolgt, so hat der Vorsitzende die Beisitzer zu bestellen.

Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Sitze der beteiligten Krankenkasse (des Kassenverbandes). Umfaßt der Wirkungskreis einer Krankenkasse (eines Verbandes) mehrere Schiedsgerichtssprengel, so kann die Klage nach Wahl des Klägers bei einem dieser Schiedsgerichte erhoben werden.

Im übrigen finden die für die Schiedsgerichte der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten geltenden Vorschriften entsprechend Anwendung.

Diese Regelung ist bei weitem einfacher als die, die der Entwurf der deutschen Reichsversicherungsordnung (§§ 377 ff., 389 ff., Begr. S. 128 ff.) ohne Erfolg vorgeschlagen hatte, und auch als die im „Berliner Abkommen" zwischen den Organisationen der Kassen und der Ärzte vereinbarte Regelung. Bei der Ähnlichkeit der Verhältnisse und der Streitpunkte im Reich und drüben in Österreich werden wir Anlaß haben, mit Interesse zu beobachten, inwieweit sich die neuen Vorschriften jenseits unserer Reichsgrenze bewähren werden. M. R.

Digitized by Google

Kräftigungsmittel und Krankenkost als Kassenleistungen.

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Zu den wichtigsten Fragen, die neuerdings in der Durchführung der Krankenversicherung entstanden sind, gehört die, unter welchen Voraussetzungen und inwieweit es angängig ist, den Kranken kräftigende und ihre Gesundheit fördernde geeignete Nahrungsmittel auf Kassenkosten bereit zu stellen.

Über die Zweckmäßigkeit solcher Einrichtungen können die Meinungen kaum auseinandergehen. Die Krankenkassenverwaltungen klagen in wachsendem Maße darüber, daß die gegenwärtigen Ernährungsverhältnisse auf den Gesundheitsstand der Mitglieder ungünstig einwirken. Die Allgem. Ortskrankenkasse Berlin hat z. B. hierüber eine Umfrage bei den für sie tätigen Kassenärzten veranstaltet. Das Ergebnis dieser Ermittelungen bringt die Beweise darüber, daß zahlreiche und nahmhafte gesundheitliche Schädigungen der Kassenmitglieder auf ungenügende Nahrung zurückzuführen sind. Diese beeinträchtigt überhaupt die Widerstandskraft der Kranken auf das schwerste. Solche Beobachtungen wurden ganz besonders bei weiblichen Mitgliedern und hier wieder hauptsächlich bei Blutarmen, Nervösen und Tuberkulösen gemacht. Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen setzte in einer Eingabe an das Kriegsernährungsamt auseinander, wie die Kassen bei der Durchführung der Reichswochenhilfe vielfach die Beobachtung machen müssen, daß der Ernährungszustand der Wöchnerinnen sehr zu wünschen übrig läßt. Die gegenwärtigen Ernährungsschwierigkeiten sind besonders für jene Kranken nachteilig, die durch ihren Zustand an eine bestimmte Diät gebunden sind und nicht wie die Gesunden ein schwer erhältliches Nährmittel durch ein anderes, das in reichlicherer Menge vorhanden ist, ersetzen können. Die Kassenverwaltungen haben an diesen Vorgängen ein starkes materielles Interesse. Leidet das erkrankte Mitglied in seiner Ernährung, wird die Wiederkehr zur gewohnten Tätigkeit verzögert. Dadurch steigert sich die Summe des zu zahlenden Krankengeldes.

Versicherungsrechtlich genommen haben die Kassen zwei Möglichkeiten, hier Leistungen zu gewähren:

a) in der Form der Heilmittel im Sinne des § 182 Abs. 1 RVO.,

b) in der Gestalt von „Krankenkost" im Sinne des § 193 Abs. 2 RVO.

Unter einem „Heilmittel" versteht man im allgemeinen, im Gegensatz zur ärztlichen Behandlung als der persönlichen Tätigkeit des Arztes, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienenden sachlichen Mittel. Eine genauere Begrenzung des Begriffes ist bisher nicht gegeben worden und kann auch kaum gegeben werden. Es kommt im Einzelfall auf das Ermessen des Arztes an, welche Mittel er zur Erreichung des gedachten Zweckes für gut hält. Nach den zutreffenden Ausführungen Hahns (Handb. KV., Anm. a zu § 182) können besondere Nahrungsmittel für Kranke, Mineralwasser, Wein usw. je nach Lage des Falles dem eigentlichen Heilzweck dienen; dann nimmt ihnen der Umstand, daß sie zugleich Gegenstand des Lebensbedarfs, der Nahrung oder Kleidung sind, nicht die Eigenschaft von Heilmitteln. Infolge dieses großen Spielraums ist es nur natürlich, daß die Praxis schon recht merkwürdige Fälle zeitigte. So verordnete z. B. einmal ein Kassenarzt einem Patienten, der an einem Magenleiden erkrankt war, vier bis sieben rohe Eier für den Tag auf die Dauer von drei Wochen. Das Oberversicherungsamt Düsseldorf verurteilte unterm 17. Juni 1915 die Krankenkasse zur Bezahlung der entstandenen Kosten. Nach der Begründung (vgl. Volkst. Zeitschr. für prakt. Arbeiterversicherung 1916 S. 190) ist

Digitized by Google

der Standpunkt, daß z. B. Eier lediglich Nahrungsmittel, nie aber Heilmittel darstellen könnten, unhaltbar. Es hängt vielmehr lediglich von der Art der Krankheit und der Verordnung des behandelnden Arztes ab, ob im Einzelfall nicht auch Eier — ebenso gut wie sonstige Nahrungs-, Genuß- oder Stärkungsmittel — „Heilmittel" im Sinne des § 182 RVO. sein können. Hier sei das nach dem festgestellten Tatbestand der Fall gewesen. Der Kläger habe eine Eierkur durchgemacht, er solle durch die Eier „geheilt" werden. — Wie weit hier die Auslegung gehen kann, zeigt auch Prof. Dr. Albu, Berlin. Nach ihm stellt bei einer großen Reihe akuter und chronischer Krankheiten die Regelung der Ernährung das erste und wichtigste Heilmittel dar. Die Beschaffung und Gewährung der notwendigsten Nahrungsmittel sei weit wichtiger und wertvoller als die Bewilligung von Arzneimitteln. Die Kosten der letzteren ließen sich für die Beschaffung einer geeigneten Ernährung weit zweckmäßiger verwenden. Wenn der Arzneiaberglaube nicht so tief im Volke wurzele, könne durch Preisgabe einer Anzahl von Medikamenten eine beträchtliche Summe für Nahrungsmittel freigemacht werden. Wo der Arzt das Medikament für weniger wichtiger hält als eine zweckentsprechende Diät, sollte dem Arzt die Entscheidung überlassen sein.

Die „Krankenkost" im Sinne des § 193 Abs. 2 RVO. ist eine Mehrleistung. Sie kann nur gewährt werden, wenn sie in der Satzung vorgesehen ist. Zu der Aufnahme der Einrichtung in die Satzung gehört nicht die besondere „Zustimmung" des Oberversicherungsamtes wie nach § 193 Abs. 1 zu den Zuschüssen für größere Heilmittel. Die amtliche Mustersatzung hat die Möglichkeit der Gewährung von Krankenkost im § 20 vorgesehen. Soweit ich übersehe, ist die Vorschrift nur in sehr wenige Satzungen übergegangen. Sie ist überhaupt recht knapp; bei umfangreicher Anwendung bedarf sie einer klareren Ausgestaltung. Die Bestimmung des § 193 Abs. 2 ist erst in der Kommissionsberatung und zwar ohne jede Erörterung in das Gesetz eingefügt worden. Man kann daher aus ihrer Entstehungsgeschichte keine Anhaltspunkte für ihre Anwendung finden. Ihr Zweck ist aber offenbar, den Kassenverwaltungen in der Gewährung von Kräftigungsmitteln größeren Spielraum zu gewähren und sie auch dann zu gestatten, wenn sie den beengenden Anforderungen eines „Heilmittels" nicht entsprechen und sich als einfache Nahrungsmittel darstellen. Auch wenn die Kassen die Mehrleistung in ihre Satzung aufgenommen haben, kann der Regel nach die Leistung im einzelnen Falle nur gewährt werden, wenn vom Arzte eine entsprechende Anweisung vorliegt. Jetzt in der Kriegszeit wird auch von den Gemeindeverwaltungen usw. die Gewährung von Nahrungsmitteln, die über die einer Person zugedachte Menge hinausgehen, immer an die Beibringung ärztlicher Bescheinigungen geknüpft sein. Sofern es sich hierbei um Kassenmitglieder handelt, die in ärztlicher Behandlung stehen, weil sie „krank" sind, kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die Ausstellung dieser Bescheinigungen unter die Leistungen fällt, deren Bezahlung in den Verträgen zwischen Kassen und Ärzten geregelt ist. Andere Fälle sind kaum denkbar und werden kaum vorkommen. Es ist deshalb nicht ersichtlich, wieso die „Betriebskrankenkasse" (Jahrg. 9 Nr. 22) zu der Ansicht kommt, daß die Kassen nach Gesetz und Satzung nicht in der Lage seien, diese Bescheinigungen zu bezahlen. Auch entgegen den Ausführungen des Sanitätsrats Dr. Joachim in der „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 558 muß gesagt werden, daß für den Fall, daß die Kasse das Stärkungsmittel oder die Krankenkost bezahlt, die Ausstellung des Zeugnisses zur „ärztlichen Behandlung" gehört, die dem Kassenmitglied durch Gesetz gewährleistet ist. Schon aus der Tatsache, daß der Arzt zur Ausstellung der Bescheinigung gebraucht wird, er also sein Urteil über die Zweckmäßigkeit der Leistung abzugeben hat, ergibt sich die

Digitized by Google

Selbstverständlichkeit, daß die Verordnung wie die jeden anderen Heilmittels zur ärztlichen Tätigkeit gehört. Es wird doch auch sonst z. B. die Ausstellung eines Rezepts für Milch oder ein Nährpräparat nicht noch besonders bezahlt.

Die Kassen sind nicht berechtigt, für die Gewährung der Krankenkost Abzüge vom Krankengeld zu machen. In der „Betriebskrankenkasse" (9. Jahrg. Nr. 22) wird das bemängelt und gewünscht, daß ihre Gewährung durch eine gewisse Kürzung des Krankengeldes ermöglicht werde. Die Krankenkassen würden sich zu den Maßnahmen in dieser Beziehung um so eher entschließen, wenn in einer Bundesratsverordnung die Kürzung als Regelfall und die Gewährung der vollen Mehrleistung als Ausnahmefall hingestellt würde. Ich möchte dem widersprechen. Auch die Krankenkost muß, wie die Heilmittel überhaupt, unabhängig vom Krankengeld gewährt werden, sonst hat die ganze Einrichtung keinen Zweck und könnten sich die Kranken die Kost auch selbst besorgen.

Bisher haben die Krankenkassen die hier erörterten Leistungen im allgemeinen nur in geringem Umfange gewährt. Von den Kräftigungsmitteln ist am gebräuchlichsten die Milch. Manche Kassen hatten hierfür ganz ansehnliche Aufwendungen. So wendeten z. B. für Milch auf die Allgemeine Ortskrankenkasse Dresden im Jahre 1914 rund 52 900 ℳ, im Jahre 1915 rund 15 100 ℳ, Leipzig im Jahre 1915 für 47 005 Liter 12 967 ℳ, Wiesbaden für 1064 Liter 854 ℳ. Königsberg gewährte infolge 736 ärztlicher Verordnungen 9940 Liter. Von anderen natürlichen Kräftigungsmitteln spielt nur noch der Wein (wenn dieser überhaupt mit hierher zu rechnen ist), eine größere Rolle. Die Aufwendungen für Krankenkost sind jedenfalls viel geringer. Nur ganz vereinzelt finden sich in den Geschäftsberichten der Kassen Angaben darüber. Bochum teilt z. B. mit, daß im Jahre 1915 dafür 151 ℳ aufgewendet wurden.

In neuerer Zeit hat einen großen Umfang die Verordnung von Nährpräparaten angenommen. Zum guten Teil ist sie hervorgerufen worden durch die Reklame mancher chemischen Fabriken. Viele Kassen haben hier die Zügel schleifen lassen, in der Meinung, es sei ein Zeichen sozialen Fortschrittes, wenn man den Mitgliedern sehr entgegenkommend in der Gewährung solcher Präparate sei. Es kann jedoch keinem Zweifel unterliegen, daß es der Genesung der Kassenmitglieder viel förderlicher ist, wenn man ihnen natürliche Nährmittel zur Verfügung stellt. Die künstliche Ernährung mag bei bestimmten Krankheiten, bei denen die natürliche Nahrung vom Körper nicht genügend verarbeitet werden kann, angebracht sein. Verkehrt ist es aber, die Unterernährung durch Nährpräparate bekämpfen zu wollen. Nach wissenschaftlichen Feststellungen sind (nach den letzten Friedenspreisen) für 1 ℳ „Kalorien" (Wärmeeinheiten) erhältlich: in Form von Sanatogen 129, Eisentropon 191, Malztropon 364, Prolacto 492, Rindfleisch 511, Milch 3440. Man sieht, daß die Nährpräparate auch vier- bis zehnmal teurer sind als die natürlichen Nahrungsmittel.

Der infolge des Krieges in der Krankenernährung hervorgerufene Notstand hat zu den verschiedensten Vorschlägen einer Abhilfe geführt. So schlägt Prof. Dr. Albu, Berlin, in der „Ortskrankenkasse" 1916, Nr. 20, nach eingehender Kritik der gegenwärtigen Zustände vor, daß die Krankenkassen auf Anweisung des behandelnden Arztes Wochenkarten zum Bezuge von Mittagsmahlzeiten aus den öffentlichen Krankenhäusern ausgeben. Durch Abschluß für eine große Zahl von Abnehmern könnten die Krankenkassen von den städtischen Behörden und Krankenhausverwaltungen vielleicht billigere Preise erzielen, als sie den einzelnen Verbrauchern jetzt gewährt werden können. Auch Ed. Gräf tritt in der „Ortskrankenkasse" 1915 Sp. 181 für Krankenkost und Kostzuschüsse ein. Er meint mit Recht, eine Kasse spart direkt Geld,

Digitized by Google

wenn sie in dieser Weise in geeigneten Fällen eingreift und die Erwerbsfähigkeit zu fördern sucht. Er zeigt ein Beispiel, wie das in einem Falle die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie getan hat.

Zu den Kassen, die durch die gegenwärtigen Verhältnisse veranlaßt, hier eine Abhilfe schaffen wollen, gehört die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin. Der Vorstand hat den Beschluß gefaßt, solchen Kranken, bei denen die behandelnden Kassenärzte dies für angebracht halten, auf Rechnung der Kasse Mittagessen aus den öffentlichen Küchen zu bewilligen. Auf ärzliche Verordnung empfangen die Patienten in der für sie zuständigen Zahlstelle der Kasse besondere Speisekarten, von denen täglich in der nächsten Speiseanstalt ein Tagesabschnitt abgetrennt und dagegen eine Portion Mittagessen ausgehändigt wird. Die großen Gemeinden Berlins haben sich bereit erklärt, die Karten der Kasse in Zahlung zu nehmen. Die Ärzte verordnen das Mittagessen ausdrücklich als Stärkungsmittel, nicht als Krankenkost. Die hierdurch der Kasse entstehenden Ausgaben sind auf 75 000 ℳ im Monat veranschlagt, wobei mit einer Beteiligung von 6000 Erkrankten gerechnet ist. Augenblicklich bezahlt die Kasse für die einzelne Mahlzeit 40 ₰, an manchen Stellen auch 45 ₰.

Abgesehen von diesen Leistungen der Allgem. Ortskrankenkasse bestehen in Berlin noch weitergehende Einrichtungen in der Bereitstellung von Krankenkost. Nach einem Plane des Geheimrats L. Kuttner, dem Direktor des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, geben die städtischen Krankenhäuser in Berlin eine besondere Kost für Kranke ab. In erster Linie werden hierbei die aus den Krankenhäusern entlassenen Kranken berücksichtigt. Die Speisen müssen abgeholt werden. Das Mittagessen wird in drei Diätformen gewährt:

1. Eine besondere Kost für Zuckerkranke. Sie erhalten an fünf Tagen der Woche neben Gemüse und Fett $^3/_{10}$ Pfd. Fleisch; an zwei Tagen statt des Fleisches etwa $^6/_{10}$ Pfd. Fisch. Der Preis für eine solche Mahlzeit, die außerordentlich nahrhaft sein soll, beträgt 1,20 ℳ.
2. Die zweite Form ist für Genesende und Kranke mit chronischen Leiden und besteht aus Gemüse, Fleisch oder Fisch, Kartoffeln und Kompott. Der Preis beträgt 0,75 ℳ.
3. Die dritte Form ist für fieberhafte Kranke und solche mit schweren Magen-, Darm-, Nierenleiden usw. Sie wird dem Kranken, seinem Zustand entsprechend, in flüssiger oder Breiform gegeben und besteht aus Suppe, Kartoffelbrei (Gemüsepüree), Kompott (Pudding) usw.; ihr Preis beträgt 50 ₰.

Dieser Krankenmittagstisch wird nur auf ärztliches Zeugnis hin bewilligt. Der Arzt hat auf einem Vordruck anzugeben, welche Diätform für den Kranken nötig ist. Neben dem Mittagessen können Sonderzulagen von einzelnen Nahrungsmitteln nur ganz ausnahmsweise gewährt werden. Für den Mittagstisch wird ein Teil der Nahrungsmittelkarte eingezogen.

Man sieht, der Möglichkeiten für die Krankenkassen, sich den Bedürfnissen der Zeit entsprechend in sozialhygienischer Weise zu betätigen, gibt es viele. Hoffentlich erkennen sie ihre Pflichten in dieser Richtung und entsprechen ihnen. Äußern sie sich doch nicht selten darüber, welche Pflichten die Zeit — anderen Stellen auferlegt. Zur Beschaffung der Mittel kann und darf auch vor einer Inanspruchnahme der Rücklage nicht zurückgeschreckt werden.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 12 der **Amtl. Nachr.** vom 23. Dezember 1916.)

I. Unfallversicherung.

Ein Unfall, den ein Arbeiter nach Beendigung der Arbeit auf dem Heimweg erleidet, ist ein Betriebsunfall, wenn der Arbeiter infolge einer ihm aufgetragenen Bestellung für den Betrieb einen Umweg wählen mußte, der gefahrvoller als der gewöhnliche Weg war, und wenn gerade dies zur Entstehung des Unfalls mitgewirkt hat (2919, S. 771).

Wenn der Verletzte mit der formlosen Entziehung seiner Rente einverstanden war, so kann er, trotz des fehlerhaften Verfahrens, aus der Rentenbewilligung keine Rechte mehr herleiten (2920, S. 772).

Der Vorstand als Feststellungsorgan kann den Vorsitzenden ermächtigen, ohne erneute Beschlußfassung des Feststellungsorgans einen mit dem Bescheid übereinstimmenden Endbescheid zu erlassen, sofern im Einspruchsverfahren nicht vorgebracht ist, was für die Beschlußfassung von Bedeutung sein kann und auch das Versicherungsamt kein abweichendes Gutachten abgegeben hat (2921, S. 773).

Liegt der Unfall vor dem Inkrafttreten der RVO., der Tod dagegen nach diesem Zeitpunkt, so wird der Anspruch auch dann erst durch Ablauf von zwei Jahren nach dem Tode ausgeschlossen, wenn für den Verletzten selbst eine Entschädigung nicht festgestellt und sein Anspruch durch Nichtanmeldung innerhalb zweier Jahre nach dem Unfall ausgeschlossen war (2922, S. 773).

Ist ein Arbeiter vor dem Inkrafttreten der RVO. verunglückt und erst nach diesem Zeitpunkt verstorben, so ist der Anspruch auf Hinterbliebenenrente ausschließlich nach der RVO. zu beurteilen (2923, S. 775).

Auch die vom Verletzten vor den Spruchbehörden der Reichsversicherung verfolgten Ansprüche sind vor einem inländischen Gerichte geltend gemachte, vermögensrechtliche Ansprüche im Sinne der Bek. vom 7. August 1914 über die Geltendmachung von Ansprüchen von Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz haben (RGBl., S. 360). Wenn das Oberversicherungsamt trotz der nach der Bek. eingetretenen Unterbrechung das Verfahren über die Berufung des Verletzten weiterführt und durch Urteil entscheidet, so liegt ein wesentlicher Mangel vor, der die Zurückverweisung der Sache an das Oberversicherungsamt rechtfertigt (2924, S. 775).

Eine für leistungsfähig erklärte Gemeinde hat bei ihrem Ausscheiden aus der Tiefbau-Berufsgenossenschaft Anspruch auf einen der übergehenden Unfallast entsprechenden Teil der Rücklage und des anderen Vermögens der Genossenschaft mit Ausnahme des Deckungskapitals (2925, S. 777).

Zu dem nach § 625, Abs. 3, § 628, Abs. 1 RVO. (zu vgl. vorstehende Entsch. 2925) anteilig zu überweisenden Vermögen gehören nicht — außer dem eigentlichen Deckungs- nebst dem Zuschlagskapital — die Erneuerungsstocks der Häuser der Berufsgenossenschaft und der Tilgungsstock für die Postzahlungen 1909, wohl aber außer der Rücklage der Überschußstock aus der Postzahlung 1909 und der Jubiläumsstock (2926, S. 778).

Ein Gemeindebeamter ist nach § 554, Abs. 1, Ziff. 4 RVO. erst dann versicherungsfrei, wenn ihm in allen Fällen, in denen die Fürsorge der Unfallversicherung einzutreten hat, ein Anspruch gegen die Gemeinde zusteht (2927, S. 780).

Ist nach der Satzung der Berufsgenossenschaft die der Beitragsberechnung für die Selbstversicherung des Unternehmers zugrunde zu legende Zahl der Tage, an denen er durchschnittlich im Jahre in seinem versicherten Betrieb arbeitet, „im Zweifel auf mindestens 150 zu schätzen, wenn der Betrieb ein unregelmäßiger ist", so hat der Unternehmer das Recht, gegenüber der Festsetzung der Zahl der Tage in dieser Höhe den Nachweis der tatsächlich geleisteten Arbeitstage zu führen (2928, S. 780).

Seit dem 5. November 1916, dem Tage der Errichtung des Königreichs Polen, sind die bisherigen russisch-polnischen Arbeiter nicht mehr als Angehörige eines feindlichen Staates, also, soweit sie in Deutschland leben, nicht mehr als unfrei anzusehen und daher versicherungspflichtig (2929, S. 781).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Abgabe einer Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1693 RVO. ist auch zulässig, wenn es sich um die Auslegung einer Satzungsbestimmung handelt, sofern hierbei über gesetzliche Vorschriften oder Rechtsbegriffe der RVO. grundsätzlich zu entscheiden ist. — Tage, an denen der Versicherte trotz Unterbrechung des Betriebs dem Arbeitgeber zur Verfügung gestanden hat, sind als Arbeitstage anzusehen, also bei der Zahlung des Krankengeldes und auch bei der Berechnung des für den Grundlohn maßgebenden wirklichen Arbeitsverdienstes (§ 180, Abs. 4 RVO.) in einer satzungsmäßig feststehenden Durchschnittszeit mit zu berücksichtigen (2282, S. 791).

Der Familienhaushalt eines Verheirateten kann als eigener Haushalt im Sinne des § 184, Abs. 1,

Digitized by Google

Satz 2 RVO. nur gelten, wenn dieser mit seiner Familie zusammenlebt (2283, S. 793).

Der Anspruch der Angehörigen auf den Überschuß des Sterbegeldes aus § 203 RVO. hängt nicht davon ab, daß der Verstorbene der häuslichen Gemeinschaft vorgestanden hat (2284, S. 795).

Das auf Antrag eines Versicherten eintretende Ruhen seiner Rechte bei der Zwangskasse (§ 517 RVO.) betrifft auch Ansprüche aus einem vor Eingang des Antrags eingetretenen Versicherungsfall (2285, S. 796).

Meldeten sich Mitglieder einer früheren, den §§ 75, 75a KVG. genügenden Hilfskasse bei der Zwangskasse an, der sie nach ihrer Beschäftigung an sich angehört hätten, so stand ihnen aus einem vorher eingetretenen Versicherungsfalle kein Anspruch auf Leistungen der Zwangskasse zu (2286, S. 797).

Zu den „Regelleistungen der Krankenkassen nach § 179 RVO. an Krankenhilfe" im Sinne des § 573, Abs. 1, Satz 1 a. a. O. gehört das Krankengeld auch dann, wenn der Verletzte es auf Grund der Vorschriften des Zweiten Buches der RVO. von der Krankenkasse nicht zu beanspruchen hätte (2287, S. 799).

Hat ein Versicherter, der Invalidenrente bezogen hatte und dann auf Grund des § 14 JAVG. (§ 1316 RVO.) abgefunden worden war, nach Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit in das Inland zurückgekehrt, versicherungspflichtige Beschäftigung wieder aufgenommen, so sind bei erneuter Zubilligung der Invalidenrente die vor dem früheren Rentenbezuge liegenden Beitragswochen und die Rentenbezugszeit (§ 1309, Satz 1 RVO.) jedenfalls dann mit zu berücksichtigen, wenn der Versicherte nach der Abfindung die Wartezeit von neuem erfüllt hat (2288, S. 301).

Die Unterbringung eines Versicherten in einem Krankenhaus ist regelmäßig auch dann nicht als Gewährung vollständigen Unterhalts im Sinne des § 1506, Abs. 2 RVO. anzusehen, wenn den Angehörigen des Versicherten Hausgeld gezahlt worden ist; zu vgl. Rev. Entsch. 1750 Amtl. Nachr. 1913, S. 673 (2289, S. 802).

Eine Krankenkasse kann für ihre gesetz- und satzungsmäßigen Leistungen nicht Ersatz aus der Invalidenrente beanspruchen; die Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind in den §§ 1518 bis 1521 RVO. ausschließlich und erschöpfend geregelt (2290, S. 803).

Nach § 1522 RVO. ist die Invalidenrente für die ersten 13 Wochen nach dem Unfall auch dann zu gewähren, wenn der Versicherte in dieser Zeit auf Kosten der Berufsgenossenschaft in einer Heilanstalt untergebracht war (2291, S. 804).

Nicht § 1522, sondern § 1311, Ziff. 2 RVO. ist anzuwenden, wenn eine Waise, die infolge des durch Betriebsunfall herbeigeführten Todes ihres Vaters eine Unfall-Hinterbliebenenrente bezieht, nach dem nicht durch Betriebsunfall verursachten Tode der Mutter Waisenrente beansprucht (2292, S. 805).

Zur Vermeidung doppelter Zahlung des Krankengeldes darf die Krankenkasse den Ersatzanspruch eines Armenverbandes (§ 1531 ff. RVO.) aus dem Krankengelde nur befriedigen, wenn der Versicherte zugestimmt hat oder hierzu rechtskräftig verurteilt ist (2293, S. 806).

Einem Versicherten, der nach seiner Erkrankung ohne Erlaubnis der Krankenkasse den Kassenbezirk verlassen hat, darf die Übersendung des Krankengeldes an seinen nunmehrigen Wohnort nicht verweigert werden, wenn ihm durch die Abholung unverhältnismäßig große Nachteile oder Schwierigkeiten erwachsen würden (2294, S. 808).

Vorstandsmitglieder einer Krankenkasse können ihre Zuziehung zu Ausschußsitzungen nicht verlangen, wenn weder die Satzung ihre Zuziehung bestimmt noch der Ausschuß sie beschlossen hat (2295 S. 809).

Auch wenn eine Krankenkasse auf Grund einer Satzungsbestimmung im Sinne des § 397, Abs. 4 RVO. die Beiträge stets für volle Wochen erhebt, ist nach § 383, Abs. 1 die Beitragserhebung bereits vom Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe und nicht erst mit Ablauf der Woche einzustellen (2296 S. 811).

Ist in einer endgültigen Entscheidung auf Grund des § 405, Abs. 2 RVO. die Krankenversicherungspflicht, wenn auch zu Unrecht, festgestellt, und sind daraufhin Beiträge geleistet, so steht einem Anspruch auf Rückgewähr der Beiträge die Rechtskraft der früheren Entscheidung entgegen (2297, S. 812).

Das Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse nach § 517, Abs. 1 RVO. wird nicht gegenstandslos, wenn der Versicherte nur den Arbeitgeber wechselt und im Kassenbezirk die neue versicherungspflichtige Beschäftigung innerhalb einer Woche aufnimmt (2298, S. 813).

Dem Vorsitzenden des Vorstandes einer Krankenkasse darf durch die Satzung die Befugnis übertragen werden, Strafen gemäß § 529 RVO. zu verhängen (2299, S. 815).

Für die Bestimmung des Jahresarbeitsverdienstes zur Feststellung der Lohnklasse bei der Invalidenversicherung (§ 1246, Abs. 2, Ziff. 1 RVO.) ist die tatsächliche Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse und zu der den Kassenbeiträgen zugrunde liegenden Lohnstufe maßgebend (2300, S. 817).

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe für „minderbemittelte" Wöchnerinnen (§ 2 der Bek. v. 23. 4. 15).

Bescheid des **preuß. Ministers des Innern** vom 14. Januar 1917.

Die von dem Magistrat in N. gegen die Gewährung von Wochenhilfe geltend gemachten Bedenken vermag ich nach Benehmen mit dem Herrn Reichskanzler (Reichsamt des Innern) nicht zu teilen. Derjenige, der in dem Jahre oder Steuerjahre vor dem Diensteintritt weniger als 2500 ℳ Einkommen bezog, soll nach der Absicht der Bekanntmachung vom 23. April 1915 in der Regel als minderbemittelt gelten, auch wenn er dieses Einkommen weiter bezieht. Ausnahmen werden hauptsächlich dann zu machen sein, wenn es sich um ein fundiertes Einkommen handelt, also der Besitz eines nicht unerheblichen Kapitals gegeben ist, von dem ein geringfügiger Teil ohne Schädigung der wirtschaftlichen Gesamtlage des Kriegsteilnehmers zur Bestreitung der Kosten für Entbindung und Wochenbett abgehoben werden kann. Kapitulanten, Beamte und dergl. sind in dieser Beziehung nicht anders zu behandeln wie andere Kriegsteilnehmer. Der Umstand, daß keine Verminderung des Familieneinkommens eingetreten ist, begründet die Ablehnung der Wochenhilfe nicht. Einmal ist da, wo der Kriegsteilnehmer von seiner Familie getrennt leben muß, auf einen Mehraufwand für seinen persönlichen Unterhalt zu rechnen. Sodann ist zu berücksichtigen, daß infolge der Kriegsteuerung dem gleichen Einkommen nicht mehr die gleiche Kaufkraft zukommt wie vor dem Kriege. Endlich aber beabsichtigt die Bekanntmachung vom 23. April 1915, ja gerade dem Kriegsteilnehmer als solchem eine Vergünstigung zuzuwenden. Dieser letztere Umstand schließt zugleich aus, daß Nichtkriegsteilnehmer sich mit Recht darauf berufen könnten, daß sie im Hinblick auf ihre gleichliegende Wirtschaftslage ebenfalls Anspruch auf die Wochenhilfe haben müßten.

Bezieht der Kriegsteilnehmer mit seiner Familie — im Gegensatz zur Zeit vor dem Kriegsdiensteintritt — jetzt ein nennenswert höheres Gesamteinkommen als 2500 ℳ, so wird allerdings zu prüfen sein, ob diese Tatsache rechtfertigt, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird (§ 2 Abs. 2 a. a. O.). Eine allgemeine Regel für die Beurteilung dieser Frage läßt sich bei der Vielgestaltigkeit der Verhältnisse nicht wohl aufstellen. Jedenfalls aber entspricht es der wohlwollenden Absicht der Bundesratsverordnung, wenn dabei auf die bei getrenntem Aufenthalte des Ehemanns und infolge der Steigerung der Preise notwendigen Mehraufwendungen gebührende Rücksicht genommen wird.

Bei Kapitulanten, Beamten und sonstigen Empfängern fester Besoldungen wird der Bezug auch eines höheren als des vor dem Kriegsdienst bezogenen Gehalts einschl. seiner Nebenbezüge kein Grund zur Annahme sein, daß eine „Tatsache" im Sinne des Abs. 2 a. a. O. vorliegt, wenn der Empfänger eine gleiche oder doch wesentlich gleiche Stelle versieht, wie vor dem Kriege und die Steigerung des Einkommens lediglich auf den Hinzutritt der allen Angehörigen derselben Dienstgruppe vorschriftsmäßig zukommenden Kriegsdienstbezüge zurückzuführen ist.

Zum Begriff der „häuslichen Gemeinschaft" (§ 203 RVO.).

Entscheidung des preuß. **Oberschiedsgerichts** in **Knappschaftsangelegenheiten** vom 27. September 1916 (K. 24/16).

Die Revision ist unbegründet. Der Begriff „häusliche Gemeinschaft" des § 27 Abs. 2 der Satzung des Beklagten vom 16. Dezember 1913 wird nicht nur auf die Ehegatten, sondern auch auf die Kinder, die Eltern und die Geschwister des Krankenkassenmitgliedes angewendet. „Häusliche Gemeinschaft" ist — auch im Sinne der Reichsversicherungsordnung — ein tatsächlicher Zustand. Allerdings ist anzunehmen, daß sie durch vorübergehende Abwesenheiten, wie Militärdienst, Krankenhauspflege und dgl., nicht aufhört. Auch mag eine „häusliche Gemeinschaft" noch anzuerkennen sein, wenn der Ehemann auswärts arbeitet, aber eine Familienwohnung bereit hat, in die er regelmäßig — etwa am Wochenschlusse — zurückkehrt oder in die er doch im Bedarfsfalle, insbesondere im Falle einer Krankheit zum Zwecke der Pflege, jederzeit zurückkehren kann (vgl. Hahn, Handbuch, Anm. 2 zu § 203 der RVO.). Wenn aber, wie vorliegend, der Ehemann seit vier Jahren in Westfalen gearbeitet hat, während seine Familie in Posen lebte, dann kann eine „häusliche Gemeinschaft" nicht mehr angenommen werden, wenn auch der Mann seine Familie unterhalten und sie gelegentlich einmal besucht hat. Nun sind die entstandenen Beerdigungskosten in Höhe von 77,20 ℳ von dem Beklagten der Krankenhausverwaltung in N., welche die Beerdigung des Ehemannes der Klägerin besorgt hat, gezahlt worden. Auf den verbliebenen Überschuß hätte die Klägerin nur dann Anspruch, wenn sie mit ihrem verstorbenen Ehemanne zur Zeit seines Todes in „häuslicher Gemeinschaft" gelebt hätte. Da dies aber, wie ausgeführt ist, nicht der Fall war, so verbleibt nach § 27 Abs. 2 der angezogenen Satzung der Überschuß der Kasse . . . .

Digitized by Google

Zur Weiterversicherung (§ 313 RVO.) genügt nicht die Bereithaltung, sondern nur die rechtzeitige Zahlung der Beiträge.

Entsch. des **Versicherungsamts der Stadt Leipzig** v. 13. November 1916 (A. I 1162 e).

Für das Versicherungsamt war zunächst die Frage zu prüfen, ob das Beschäftigungsverhältnis, in dem der Steinsetzer Karl M. zu dem Steinsetzermeister Friedrich W. gestanden hat, durch die Einberufung des M. zum Heeresdienste am 10. Juli 1915, trotz der Nichtabmeldung und der ferneren Beitragszahlung durch den Arbeitgeber beendet war, oder ob ein Fortbestehen dieses Verhältnisses und damit eine Fortdauer der Mitgliedschaft des M. bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig auch nach der Einberufung angenommen werden mußte . . . (das Versicherungsamt verneint das Fortbestehen der Pflichtmitgliedschaft, im wesentlichen im Anschluß an die Entscheidung des Reichsversicherungsamts 1969 Amtl. Nachr. 1915 S. 371, Arb. Vers. 1915 S. 302, und fährt dann fort:)

War aber nach Ansicht des Versicherungsamts eine Pflichtmitgliedschaft des Arbeitnehmers bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig mit der Einberufung zum Heeresdienst als beendet anzusehen, so war lediglich noch die Frage zu erörtern, ob durch die Beitragszahlung seitens des Arbeitgebers eine freiwillige Weiterversicherung des Einberufenen gemäß § 313 RVO. erfolgt war. Denn daß eine ausdrückliche Erklärung bezw. Anzeige gemäß § 313, Absatz 2 nach der Einberufung von keiner Seite erfolgt ist, hat W. selbst zugegeben.

Wenn nun auch bereits durch reichsversicherungsamtliche Entscheidung (vergl. Amtl. Nachr. 1915 S. 432) anerkannt worden ist, daß an sich die Beitragszahlung von seiten eines Dritten, insbesondere von seiten des Arbeitgebers, zur Forterhaltung der freiligen Mitgliedschaft genügt und nach Ansicht des Versicherungsamts auch einer Absicht des Arbeitgebers, nur die Pflichtbeiträge gemäß § 397 RVO. empfangen zu haben, keine die Begründung der freiwilligen Mitgliedschaft hindernde Bedeutung beizumessen ist, so muß doch unbedingt daran festgehalten werden, daß die Beitragszahlung doch binnen der Dreiwochenfrist des § 313 nach der Einberufung bei der Kasse geschehen ist. Von dieser Formvorschrift des § 313 kann ebensowenig wie von der Abmeldepflicht des Arbeitgebers befreit werden; insbesondere auch nicht mit Rücksicht auf die Zwangslage des Krieges, da ein für diesen Fall erforderliches Gesetz bisher nicht erlassen ist, und unbestritten nicht erfolgt, denn die erstmalige Beitragszahlung nach der Einberufung des M. am 10. Juli 1915 ist erst am 5. Oktober 1915 erfolgt, mithin nicht binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden aus dem Versicherungsverhältnis.

Der Arbeitgeber hat sich darauf berufen, daß er die gesamten, übrigens zur zeitigeren Abholung jederzeit bereitliegenden Beiträge an die Ortskrankenkasse auf deren Erfordern hin abgeführt habe, daß die Ortskrankenkasse, die selbst die Beitragsschuld als eine Holschuld bezeichnet und die Zahlungsfristen für die Beiträge festgesetzt habe, durch die Einhebung an späteren Zeitpunkten selbst die Schuld daran trage, wenn die erste Beitragszahlung erst nach Ablauf der Dreiwochenfrist bewirkt worden sei, auch offenbar nur die rechtzeitige Rechnungsverlegung verabsäumt habe, weshalb erst am 5. Oktober 1915 die Beiträge für Juli eingefordert worden seien. Dem gegenüber ist aber zu bemerken, daß es sich bei Festsetzung der Zahlungsfristen lediglich um Pflichtbeiträge handelt und eine Festsetzung hinsichtlich dieser Pflichtbeiträge ebensowenig, wie eine Verabsäumung der Einholungsfristen seitens der Kasse an der gesetzlichen Verpflichtung, zur Erhaltung der freiwilligen Mitgliedschaft binnen der Dreiwochenfrist des § 313 RVO. die freiwilligen Beiträge zu entrichten, etwas zu ändern vermag. Wie auch bei Hahn, Handb. der Krankenvers. unter § 313, Anm. 7 ausgeführt ist, muß die Zahlung der Beiträge, wenn sie die Erhaltung der Versicherung gemäß § 313 bewirken soll, zum mindesten binnen der Dreiwochenfrist nach dem Ausscheiden angeboten worden sein. Es genügt nicht, daß der Arbeitgeber die Beiträge bis zur Einforderung durch die Kasse bereitliegen hat oder Zahlung an einem nach Ablauf der Dreiwochenfrist gelegenen Zahlungstermin leistet. Wenn letzteres der Fall ist, ist vielmehr auch die freiwillige Mitgliedschaft nicht erhalten ohne daß im Hinblick auf die Kriegszeit eine Ausnahme gemacht werden kann.

Da nun binnen der Dreiwochenfrist weder von dem Arbeitgeber noch von M. eine Erklärung abgegeben, auch die Beitragszahlung der Kasse nicht einmal angeboten, worden, letzteres auch vom Arbeitnehmer selbst nicht geschehen ist, so war eine Weiterversicherung des M. gemäß § 313 nach Ansicht des Versicherungsamts zu verneinen und deshalb auch eine freiwillige Mitgliedschaft nach der Einberufung zum Heeresdienste nicht als vorhanden anzusehen. Hieran kann auch die Tatsache nichts ändern, daß der Arbeitgeber die Beiträge in der Folgezeit regelmäßig aus eigenen Mitteln bezahlt hat, denn hierdurch wird eine freiwillige Versicherung nicht begründet.

Zuweisung von Vermögen einer geschlossenen Ortskrankenkasse, insbesondere an eine Innungskrankenkasse.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Groß Berlin** vom 20. September 1916 (B. K. 290/15).

Die Einwendungen grundsätzlicher Art, welche die beschwerdeführende Krankenkasse gegen eine Zuweisung von Vermögensteilen an die Innungskrankenkasse der G.-Innung geltend macht, sind, wie das Oberversicherungsamt bereits anderweit entschieden hat, nicht zutreffend. Ein nach Abwicklung der Geschäfte noch verbleibender Vermögensbetrag einer geschlossenen Krankenkasse ist nach § 303 der RVO. anderen Krankenkassen unter Berücksichtigung des Mitgliederüberganges zuzu-

Digitized by Google

weisen. Ein Übergang von Mitgliedern der geschlossenen Krankenkasse zur Innungskrankenkasse ist aber im vorliegenden Falle tatsächlich erfolgt. Aus diesem Grunde hätte das Versicherungsamt auch nach § 300 RVO. über die Zuweisung von Mitgliedern einen besonderen Beschluß fassen können. Ob aber ein solcher Zuweisungsbeschluß betreffend den Mitgliederübergang tatsächlich erfolgt ist, oder das Versicherungsamt, weil die Verhältnisse klar legen, davon abgesehen hat, ist ohne Belang, da es nach § 303 lediglich auf die Tatsache ankommt, daß ein Mitgliederübergang stattgefunden hat. Die Befürchtung der Krankenkasse, daß bei Aufrechterhaltung dieser Rechtsauffassung Vermögensverrechnungen bei einem jedesmaligen Eintritt des Arbeitgebers in eine Innung und damit verbundenem Wechsel der Kasse seitens der Arbeiter stattfinden müßten, ist unbegründet, da eine Vermögensverrechnung nur bei Auflösung und Schließung von Krankenkassen vorgeschrieben ist.

Gehaltsanspruch des Kassenbeamten während Heeresdienstleistung.

Entscheidung des Vorsitzenden des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 13. November 1916 (B. K. 229/16).

G. ist als Zahlstellenvorsteher im Dienste der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt B. auf Lebenszeit und mit Anrecht auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge angestellt, und es sind ihm gemäß § 359 Abs. 4 RVO. und Erlaß vom 18. Februar 1914 (HMBl. S. 79, Arb. Vers. 1914 S. 186) sowie § 2 des auf Grund dieses Erlasses vom Oberversicherungsamt aufgestellten Regulativs die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen worden. Er verlangte vom Kassenvorstande für die Zeit seiner Einziehung zum Heeresdienste seit dem 1. August 1916 die Auszahlung des vollen Gehaltes gemäß § 66 des Reichsmilitärgesetzes vom $\frac{2. \text{ Mai}}{6. \text{ Mai}}$ 1874/1880, wurde aber abschlägig beschieden, weil ihm nur diejenigen Bezüge zugestanden werden könnten, welche bei Dienstbehinderung die der Dienstordnung unterstehenden Angestellten Anspruch haben, nämlich die Hälfte des Gehalts. G. beantragte beim Versicherungsamt, den Kassenvorstand zur Fortzahlung des vollen Gehalts an ihn anzuhalten. Das Versicherungsamt erklärt sich aber für unzuständig, weil Antragsteller nicht zu den Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen, gehöre.

Auf Beschwerde des G. hob das Oberversicherungsamt den Bescheid des Versicherungsamts auf und verurteilte die Kasse zur Weiterzahlung des vollen Gehalts. — Gründe:

Nach § 358 RVO. hatte das Versicherungsamt die in Rede stehende Streitigkeit aus dem Dienstverhältnisse allerdings nicht zu entscheiden. Beschwerdeführer hat sich aber nicht auf diese Vorschrift berufen, sondern nur ein Eingreifen des Versicherungsamts überhaupt beantragt. Das Versicherungsamt hätte daher prüfen müssen, ob nicht zu einem Eingreifen von Aufsichts wegen Veranlassung vorlag. Aus diesem Grunde war der angefochtene Bescheid aufzuheben. Da die Sachlage klarliegt, hat das Oberversicherungsamt von einer Zurückverweisung an die Vorinstanz abgesehen und in der Sache selbst entschieden. (§ 1796 RVO.)

Dem Beschwerdeführer stehen, wie bereits Eingangs dargelegt, die Rechte der gemeindlichen Beamten zu. Zu diesen Rechten gehört auch der Anspruch auf Fortzahlung des Gehalts gemäß § 66 Reichsmilitärgesetzes, wenn dieses Recht auch in dem vom Oberversicherungsamt erlassenen Regulative nicht besonders aufgeführt ist. In dem Regulativ sind nur hinsichtlich derjenigen Rechte der Kassenbeamten besondere Bestimmungen getroffen, welche, wie die Ansprüche auf Diensteinkommen, Ruhegehalt usw., mit den Rechten der Gemeindebeamten sich inhaltlich nicht ohne weiteres decken. Daraus, daß das Recht aus § 66 Reichsmilitärgesetzes nicht ausdrücklich aufgeführt ist, ist daher nicht zu schließen, daß es den Beamten der Krankenkassen vom Oberversicherungsamt nicht zugestanden wäre. Dieses Recht steht ihnen vielmehr gemäß § 2 des Regulativs, Abs. 1 des Ministerialerlasses vom 18. Februar 1914 und § 359 Abs. 4 RVO., also gesetzlich zu.

Der Einwand des Kassenvorstandes in seiner Gegenerklärung vom 16. Oktober 1916, daß den Kassenbeamten nach Entscheidungen des Bezirksausschusses zu Potsdam das Steuerprivileg nach dem Gesetze vom 16. Juni 1909 (Ges. Samml. S. 489) nicht zustehe, ist ohne Belang. Denn abgesehen davon, daß es sich hier nicht um Rechte aus dem Gesetz vom 16. Juni 1909 handelt, steht die Rechtsauffassung des Bezirksausschusses nicht im Einklang mit derjenigen des Oberverwaltungsgerichts in der Entscheidung vom 24. Juni 1902 (abgedruckt Arbeiter-Versorgung 1902, S. 595). Da die Krankenkassenbeamten nicht Kommunalbeamte sind, so sind sie zwar in formellen und Zuständigkeitsfragen den für Kommunalbeamte bestehenden Vorschriften nicht ohne weiteres unterworfen, insbesondere also nicht dem § 7 des Kommunalbeamtengesetzes vom 30. Juli 1899, den §§ 18 ff. des Disziplinargesetzes vom 21. Juli 1852, dem § 20 des Zuständigkeitsgesetzes. Hinsichtlich ihrer Dienstvergehen ist ja auch eine besondere gesetzliche Regelung erfolgt (Gesetz vom 11. Mai 1916). Der Gehaltsanspruch nach § 66 Reichsmilitärgesetzes aber ist ein materielles Recht der Kommunalbeamten, das den Krankenkassenbeamten ungeschmälert zuerkannt werden muß. Nach dem Ministerialerlaß vom 18. Februar 1914 sollen die Kassenbeamten den Gemeindebeamten hinsichtlich der Dienstbezüge grundsätzlich gleichgestellt sein.

Der Kassenvorstand ist daher verpflichtet, dem Beamten G. für die Zeit seiner Einberufung zum Heeresdienst das volle Gehalt auszuzahlen, und die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen haben ihrerseits darauf zu achten, daß die gesetzlichen Vorschriften be-

Digitized by Google

folgt werden. (§§ 30, 31 Abs. 3 RVO.) Die Zuständigkeit des Oberversicherungsamts beruht auf §§ 1792, 377 RVO.

Allerdings wird den Parteien, da es sich hier um einen vermögensrechtlichen Anspruch handelt, die Beschreitung des ordentlichen Rechtsweges vorbehalten bleiben müssen. Denn die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte erstreckt sich auf alle Rechtsstreitigkeiten, die nach dem Gegenstand oder der Art des Anspruchs zu den bürgerlichen gehören; dies ist ein aus § 4 des Einführungsgesetzes zur Zivilprozeßordnung zu entnehmender Rechtsgrundsatz. Zunächst liegt es aber den Versicherungsbehörden auf Grund der angeführten gesetzlichen Vorschriften ob, Entscheidung zu treffen. Der Beamte darf nicht von vornherein auf den Rechtsweg verwiesen werden. Dies ist zwar in der Reichsversicherungsordnung für die Beamten der Krankenkassen nicht ausdrücklich bestimmt, aber allgemeiner Grundsatz des deutschen und preußischen Verwaltungsrechts. Vergl. § 150 des Reichsbeamtengesetzes vom 18. Mai 1907, § 23 des preußischen Pensionsgesetzes vom 27. März 1872 in der Fassung des Gesetzes vom 30. April 1884, § 7 des Kommunalbeamtengesetzes vom 30. Juli 1899. Auch den Kassenangestellten, die der Dienstordnung unterstehen, ist durch § 358 RVO. die Vergünstigung gewährt, in Streitigkeiten über Gehaltsansprüche zunächst vor den öffentlichen Versicherungsbehörden ihr Recht zu suchen. Die Kassenangestellten, denen Beamtenrechte zustehen, können in dieser Hinsicht nicht schlechter gestellt sein.

Anmerkung: Zu vergl. über die hier entschiedene Frage, sowie über das Steuervorrecht der Kassenbeamten in Preußen: v. Gelbern, hier, Heft 3, S. 49 ff.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Voraussetzungen für die Anrechnung der Militärdienstzeit auf die Wartezeit.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 13. September 1916 (2272 Amtl. Nachr. 1916 S. 750).

Hinterbliebenenfürsorge wird nach § 1252 RVO. nur gewährt, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat. Das Oberversicherungsamt hat angenommen, daß diese Voraussetzungen für den klägerischen Anspruch auf Hinterbliebenenrente nicht gegeben seien, weil der verstorbene R. für den durch den Ausstellungstag der Quittungskarte 3 bestimmten Anwartschaftszeitraum vom 21. April 1910 bis dahin 1912 Beiträge nicht entrichtet habe, die Anwartschaft daher erloschen und nachher nicht wieder aufgelebt sei, da R. eine neue Wartezeit von 200 Beitragswochen bis zu seinem Tode nicht zurückgelegt habe. Dabei ist das Oberversicherungsamt davon ausgegangen, daß die Militärdienstzeit des Verstorbenen vom 13. Oktober 1910 bis zum 19. September 1912 auf die Wartezeit nicht angerechnet werden könne, weil die unmittelbar vor dieser liegende Zeit versicherungspflichtiger Beschäftigung vom 21. April bis Oktober 1910 mit Marken nicht belegt sei. Diese Ausführungen des Vorderrichters sind nicht frei von Rechtsirrtum.

Zutreffend ist, daß der klägerische Anspruch unbegründet ist, wenn die Militärdienstzeit des Verstorbenen auf die Wartezeit nicht angerechnet werden kann, da in diesem Falle die Anwartschaft erloschen und nach dem Erlöschen nicht wieder aufgelebt ist (§§ 1280, 1283). Anderseits ist die Anwartschaft erhalten und damit die Wartezeit erfüllt, wenn die Militärdienstzeit, die zum weitaus größten Teil in den durch Marken nicht belegten Anwartschaftszeitraum vom 21. April 1910 bis dahin 1912 fällt, anzurechnen ist.

Nach § 1393 Abs. 2 werden die Ersatztatsachen, Militärdienst und Krankheit, nur denen als Beitragswochen angerechnet, die vorher berufsmäßig, nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sind. Dazu genügt einerseits nicht schon, daß der Dienstpflichtige oder Kranke vorher zu irgendeiner Zeit einmal eine versicherungspflichtige, durch Marken gedeckte Beschäftigung nicht lediglich vorübergehend aufgenommen hat (Revisionsentsch. 1368, Amtl. Nachr. 1909 S. 420). Anderseits ist nicht unbedingt erforderlich, daß sich die Militärdienstzeit oder die Krankheitszeit unmittelbar an eine mit Marken belegte Zeit versicherungspflichtiger Beschäftigung anschließt. Zwar ist dem Vorderrichter darin beizutreten, daß es zur Erfüllung des Erfordernisses des § 1393 Abs. 2 nicht ausreicht, wenn den Zeiten einer militärischen Dienstleistung oder einer Krankheit eine Zeit versicherungspflichtiger Beschäftigung vorhergegangen ist, daß vielmehr für diese auch Beiträge entrichtet sein müssen oder doch nachentrichtet werden können (Revisionsentsch. 1197, Amtl. Nachr. 1905 S. 417). Der Vorderrichter irrt aber, wenn er die Anrechnungsfähigkeit der Militärdienstzeit schon um deswillen verneint, weil die letzte Zeit versicherungspflichtiger Beschäftigung bis zum Beginne der Dienstzeit mit Marken nicht belegt sei und nicht mehr belegt werden könne. Der Umstand, daß für die Zeit unmittelbar vor Beginn der Militärdienstzeit die Beitragsleistung unterblieben ist, steht der Anrechnung der Dienstzeit nicht notwendig entgegen. Es ist vielmehr zu prüfen, wie sich der Versicherte in der ganzen Zeit, während deren er zu den Versicherten gehörte, hinsichtlich der Verrichtung versicherungspflichtiger Arbeit und der Entrichtung von Beiträgen für diese

Digitized by Google

verhalten hat, und danach die Frage zu entscheiden, ob anzunehmen ist, daß der Versicherte, wenn er nicht zum Militärdienste herangezogen wäre, versicherungspflichtig gearbeitet und dafür Beiträge entrichtet haben würde. Muß diese Frage bejaht werden, so ist die Militärdienstzeit auf die Wartezeit anzurechnen, auch wenn für die unmittelbar vorhergegangene Zeit Beiträge nicht entrichtet sind (Revisionsentsch. 1247 und 1368, Amtl. Nachr. 1906 S. 280 und 1909 S. 420).

Diese Erwägung führt vorliegend zu einer Anrechnung der Militärdienstzeit. Der am 14. September 1888 geborene R. ist am 6. November 1904, also alsbald nach Vollendung seines 16. Lebensjahrs in die Versicherung eingetreten und hat bis zum 21. April 1910, für 5 Jahre 5½ Monate, 282 Beiträge entrichtet. Dann hat er vom 21. April bis zum Oktober 1910 versicherungspflichtige Arbeit bei dem Gutsbesitzer L. gehabt, für die jedoch Beiträge nicht geleistet sind. Gleich nach Beendigung seiner Militärdienstzeit hat R. wieder versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen und für diese vom 1. Oktober 1912 bis zu seiner Einberufung zum Kriegsdienst Anfang August 1914, also für 22 Monate, 96 Beiträge entrichtet. Der Verstorbene hat hiernach seit seinem Eintritt in das versicherungspflichtige Alter bis zum Ausbruch des Krieges mit Ausnahme seiner Militärdienstzeit regelmäßig und ununterbrochen versicherungspflichtig gearbeitet. Für diese ganze Arbeitszeit sind, abgesehen von der Zeit vom 21. April bis Oktober 1910, während deren R. bei L. beschäftigt war, lückenlos Beiträge entrichtet. Hieraus ergibt sich ohne weiteres, daß R. vor seiner Militärdienstzeit berufsmäßig nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist und für diese Beschäftigung regelmäßig Beiträge geleistet hat. Diese Tatsache und die spätere Wiederaufnahme versicherungspflichtiger Arbeit und regelmäßiger Beitragsleistung rechtfertigen die Annahme, daß der Verstorbene auch während der Zeit seiner militärischen Dienstleistung versicherungspflichtige Arbeit gehabt und für sie Beiträge entrichtet haben würde, wenn er nicht zum Militärdienste herangezogen worden wäre. Daran wird auch durch die Tatsache nichts geändert, daß während der letzten 6 Monate vor seiner Einstellung in das Heer Marken für seine versicherungspflichtige Beschäftigung bei L. nicht verwendet worden sind. Eine im Zeitraum von 6 Monaten unterbliebene Beitragsleistung kann gegenüber der jahrelangen lückenlosen Beitragsleistung für die Beurteilung des Falles nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein. Offenbar ist die Beitragsleistung nur aus Versehen und ohne Verschulden des Verstorbenen unterblieben, und es kann nicht angenommen werden, daß dieses Versehen auch während der folgenden Jahre und von anderen Arbeitgebern begangen und die Beitragsleistung weiterhin unterblieben wäre.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Haftung des Arbeitgebers für die vollen Beiträge, deren rechtzeitige Zahlung infolge einer Auskunft des Rentenausschusses unterblieb.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 3. Mai 1916, (P. 12/16).

... Das Gesetz beruht auf dem Grundsatz des Versicherungszwanges und des Eintritts der Versicherung von Gesetzes wegen. Beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen entsteht das öffentlich-rechtliche Versicherungsverhältnis von selbst mit dem Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung. Es bedarf weder des Abschlusses eines besonderen Versicherungsvertrages noch der Aufnahme in die Versicherung als besonderen Aktes oder einer Anmeldung. Hiernach müssen die unter die Zeit der Geltung des Versicherungsgesetzes für Angestellte fallenden Beiträge entrichtet werden, gleichviel, ob sich die Beteiligten, insbesondere die Arbeitgeberin, in gutem oder schlechtem Glauben befunden hat und ob eine Entscheidung über die Versicherungspflicht vor oder nach Beendigung des Dienstverhältnisses ergeht.

Hieran wird auch nichts dadurch geändert, daß der Rentenausschuß auf Befragen der Arbeitgeberin früher eine die Versicherungspflicht verneinende Auskunft gegeben hat. Der Rentenausschuß hat nach dem Gesetz eine doppelte Aufgabe und Rechtsstellung. Er ist einerseits Organ der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§ 123 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) und hierbei insbesondere dazu berufen, in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung Auskunft zu erteilen (§ 122 Nr. 4 a. a. O.). Auf der anderen Seite gehört er zu den rechtsprechenden Organen der Angestelltenversicherung und hat in dieser Eigenschaft nicht nur über die Feststellung, Anweisung, Entziehung und Einstellung der gesetzlichen Bezüge zu befinden (§ 122 Nr. 1 und 2 a. a. O.), sondern auch gemäß § 210 a. a. O. bei Streit über die Beitragsleistung zu entscheiden. Die letztere Aufgabe umfaßt insbesondere die Entscheidung über die Versicherungspflicht, sobald deren Bestehen streitig geworden ist. In seiner Eigenschaft als rechtsprechendes Organ der Angestelltenversicherung ist er an Weisungen der Reichsversicherungsanstalt nicht gebunden, genießt also richterliche Selbständigkeit (§ 123 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes). Es ist sehr wohl möglich, daß er bei dieser letztgedachten Feststellung zu einem anderen Ergebnis kommt, als er in einer früheren Auskunft den Beteiligten mitgeteilt hatte. Insbesondere kann dies vorkommen, wenn entweder die ein-

Digitized by Google

gehenderen Ermittelungen in einem Streitverfahren eine bessere Aufklärung erbracht haben, oder neuere Entscheidungen der höheren Instanzen der Rechtsprechung auf diesem Gebiete seine Auffassung ändern. Vollends sind die höheren Instanzen an eine Auskunft des Rentenausschusses nicht gebunden. In dem Schreiben des Rentenausschusses vom 3. Oktober 1913 ist auch ausdrücklich hervorgehoben, daß die Auskunft vorbehaltlich der Entscheidung in einem förmlichen Streitverfahren ergehe.

Es ist zuzugeben, daß hierdurch für den Arbeitgeber eine Härte entstehen kann. Nach § 176 des Gesetzes hat der Arbeitgeber, der den Versicherten den Beitragsmonat hindurch beschäftigt, für sich und ihn den Beitrag zu entrichten. Nach §§ 178, 179 des Gesetzes müssen sich die Versicherungspflichtigen die auf sie entfallende Hälfte des Beitrags bei der nächsten Gehaltszahlung abziehen lassen. § 179 Satz 2 ergibt, daß der Arbeitgeber auch zu Abzügen bei späteren Gehaltszahlungen berechtigt ist, wenn er ohne sein Verschulden wirksame Beiträge nachträglich entrichtet. Auch insoweit steht aber dem Arbeitgeber lediglich der Weg des Abzugs bei der Gehaltszahlung offen. Ein selbständiger Ersatzanspruch auf Erstattung der Beitragshälfte, welcher im Rechtswege oder sonst verfolgt werden könnte, läßt sich aus dem Gesetze nicht nachweisen. Ist also vor der Zahlung des Beitrags das Dienstverhältnis zu Ende gegangen, so muß auch der schuldlose Arbeitgeber den nachträglichen Beitrag ganz aus eigenen Mitteln bezahlen. Es ist durchaus zuzugeben, daß dies im Falle einer nachträglichen Entscheidung über die Versicherungspflicht eine empfindliche Härte für den Arbeitgeber bedeutet. Das Gesetz bietet aber keinen Weg, dieser Schwierigkeit aus dem Wege zu gehen. Es handelt sich um Mißstände, die bei der Einführung eines neuen Gesetzes und einer neuen Versicherung in Kauf genommen werden müssen und im Laufe der Zeit von selber verschwinden, wenn die Grenzen der Versicherungspflicht im Laufe der Zeit durch die Rechtsprechung besser festgestellt sind und ein etwaiger Streit über die Versicherungspflicht schneller der Entscheidung zugeführt werden kann, als dies gegenwärtig möglich ist.

Sprechsaal.

Die Veränderung der Lohnstufe bei den bei mehreren Arbeitgebern beschäftigten Krankenkassenmitgliedern.

Nach § 318 Abs. 3 RVO. soll sich bei Lohnveränderungen die Lohnstufe erst mit der nächsten Beitragszahlung ändern, wenn nicht die Satzung anders bestimmt. In der Regel haben die Satzungen die Bestimmung so aufgenommen, wie sie im Gesetz steht, daß nämlich die Änderung erst mit der nächsten Beitragszahlung eintritt (vgl. § 19 der Amtlichen Mustersatzung). Der Zweck dieser Einrichtung ist, nebenbei bemerkt, nicht recht einzusehen. Jedenfalls verursacht sie sehr viel Streitstoff und Unannehmlichkeiten für Kassenverwaltung und Versicherte. Einen Sinn kann die Bestimmung nur dort haben, wo die Beiträge — was aber ebenfalls nicht vorteilhaft ist — im voraus entrichtet werden. Solchenfalls verhindert die Vorschrift eine nachträgliche Berichtigung schon bezahlter Beiträge, die erforderlich wäre, wenn die Stufenveränderung sofort mit der Lohnveränderung einträte. Hieraus folgt, daß Kassen, die, wie es die Regel ist, die Beiträge nachträglich einheben, von der Hinausschiebung der Klassenversetzung absehen sollten.

Zu einem besonders schwierigen Problem wächst sich die Einrichtung bei solchen Versicherten aus, die bei mehreren Arbeitgebern beschäftigt sind, die in der „Kassensprache" wohl meist „Doppelgänger" genannt werden. Es entsteht hier die Streitfrage, ob die Hinausschiebung der Stufenversetzung auch dann anzuwenden ist, wenn eine Lohnveränderung durch Hinzukommen oder Wegfall eines weiteren Arbeitgebers eintritt. Beispiel: Ein Mitglied ist vom 14. Juni 1916 zur Krankenversicherung angemeldet mit einem wöchentlichen Verdienst von 12 ℳ und gehört somit der Stufe III an. Als dasselbe eine zweite Beschäftigung am 29. Juni 1916 aufnimmt, erfolgt die 2. Anmeldung mit wöchentlich 4 ℳ Verdienst, zusammen also 16 ℳ Arbeitslohn, womit die Versicherung in Stufe IV notwendig wird. Wann hat die Kassenversetzung zu erfolgen?

Von einem Kassenverwalter wird geltend gemacht, daß es zu erheblichen Mißständen führen würde, wenn bei diesen Doppelgängern, die ihre Arbeitsstellen häufig wechseln, die Änderung der Lohnstufe, anstatt wie im § 318 Abs. 3 vorgeschrieben, mit der nächsten Beitragsperiode, mit dem jeweilig neuen Beschäftigungsantritte vorgenommen würde. Für jede Person könne nur ein Versicherungsverhältnis bestehen, auch wenn sie gleichzeitig bei mehreren Arbeitgebern tätig ist. „Tritt daher ein solcher Versicherter bei einem — der vielfachen — Arbeitgeber aus und bei einem anderen ein, oder nimmt er noch eine weitere Arbeitsstelle an, so ändert sich damit nicht sein Versicherungsverhältnis bei der Kasse, sondern nur sein Lohneinkommen, das die Zugehörigkeit zur Lohnstufe bestimmt. Eine gleichzeitige Änderung der Lohnstufe würde dahin führen, daß solche Versicherte, innerhalb einer Beitragsperiode nicht einer, sondern verschiedenen Lohnstufen angehörten und die Beitragsberechnung- und -verteilung für die verschiedenen in Betracht kommenden Arbeitgeber — die schon jetzt vielfach mathematische Doktorarbeiten darstellt! — würde überhaupt unmöglich sein. . . Hiernach kann es nicht zweifelhaft sein, daß das an den verschiedenen Arbeitsstellen verdiente Entgelt zusammengezählt und nach der Gesamtsumme Grundlohn und Lohnstufe zu bestimmen ist, daß ferner aber bei verändertem Lohneinkommen die Änderung der Lohnstufe auch bei sogenannten Doppelgängern erst mit der nächsten Beitragsperiode eintreten kann."

Ein Kassenpraktiker in hervorragender Stellung äußert sich wie folgt zu der Frage: „§ 318 RVO. ist auf Beschäftigungsverhältnisse bei mehreren Arbeitgebern zur Berechnung der Lohnstufe nicht anwendbar. Richtig ist, daß nur ein Versicherungsverhältnis

Digitized by Google

möglich ist. Dieses besteht zunächst auf Grund der Beschäftigung bei dem ersten Arbeitgeber. Wird ein weiteres versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aufgenommen, so hat der zweite Arbeitgeber ebenfalls eine Anmeldung zu bewirken. Für die Berechnung der nunmehr geltenden Lohnstufe ist aber das Entgelt aus beiden Beschäftigungen zusammenzuzählen. Die sich hiernach ergebenden Beiträge sind nach Wahl der Kasse einem der Arbeitgeber in Rechnung zu stellen, oder sie sind nach Maßgabe des Entgelts auf beide zu verteilen. Nach § 396 Abs. 2 kann der Arbeitgeber auch die Verteilung der Beitragslast durch das Versicherungsamt beantragen. An dieser Rechtslage wird auch nichts dadurch geändert, daß der Versicherte häufig den Arbeitgeber wechselt und dadurch immer von neuem eine Neuberechnung der Lohnstufe vorgenommen werden muß. Diese Verwaltungsarbeit müßte die Kasse auch dann leisten, wenn ein Versicherter nur bei einem Arbeitgeber beschäftigt ist, aber diesen häufig wechselt. Wenn dagegen der Versicherte bei sehr vielen Arbeitgebern beschäftigt ist und diese häufig wechselt, so ist zu prüfen, ob nicht unständige Beschäftigung nach § 441 RVO. vorliegt. Wenn aber, ohne daß unständige Beschäftigung vorliegt, der Versicherte innerhalb einer Beitragswoche den Arbeitgeber mehrmals wechselt, so würde der Beitrag für die Woche nach der Lohnstufe zu berechnen sein, die am Tage der Fälligkeit maßgebend ist, d. h. wenn der Beitrag im voraus zu zahlen ist, würde die am Montag geltende Lohnstufe, wenn dagegen der Beitrag nachträglich fällig ist, die am Sonnabend maßgebende Lohnstufe anzunehmen sein. Daß die Beitragsberechnung unmöglich wäre, kann nicht anerkannt werden. Auch ist unzutreffend, daß die Änderung der Lohnstufe erst mit der nächsten Beitragsperiode eintreten kann. Einen solchen Begriff kennt das Gesetz nicht. Vermutlich ist der nächste Zahltag (§ 393) gemeint, weil § 318 Abs. 3 davon spricht, daß die Lohnstufe sich mit der nächsten Beitragszahlung ändert. Da aber § 318 hier überhaupt nicht anwendbar ist, kann auch die Änderung nicht von dem Zahltag abhängen."

Man wird diesen Darlegungen im Ergebnis zustimmen müssen. Der § 318 Abs. 3 RVO. kann seinem ganzen Zwecke nach nicht auf solche Lohnveränderungen anwendbar sein, die durch Hinzutritt oder Wegfall eines weiteren Arbeitgebers entstehen. Denn bei einem solchen Vorgang ist immer neu zu prüfen, ob überhaupt ein Versicherungsverhältnis erst eintritt oder ob es vielleicht ganz erlischt. So kann durch Hinzutritt eines zweiten Arbeitgebers und der damit bedingten Lohnerhöhung der Arbeitsverdienst erst eine solche Höhe erreichen, daß Versicherungspflicht eintritt. Es entsteht in einem solchen Falle die Versicherung mit dem Augenblick des Hinzukommens des zweiten Arbeitgebers, auch nicht erst mit dem „nächsten Zahltag". Ähnlich ist es mit dem Wegfall eines Arbeitgebers, wodurch der Arbeitsverdienst so niedrig werden kann, daß die Versicherungspflicht überhaupt wegfällt. Hier kann diese auch nicht bis zum nächsten Zahltag weitergeführt werden. Hieraus folgt, daß versicherungsrechtlich z. B. der Hinzutritt eines neuen Arbeitgebers sozusagen gleichbedeutend ist mit dem Entstehen eines neuen Versicherungsverhältnisses, das eine sofort wirksame Neueinschätzung in die zuständige Lohnstufe zur Folge hat. Ein solcher Vorgang ist so bedeutungsvoll, daß er die ganzen Grundlagen des Versicherungsverhältnisses verändert. Es muß doch z. B. der zweite Arbeitgeber vom Augenblick seines Hinzukommens an auch anteilig Beiträge zahlen, die sofort auch unter Zugrundelegung seines Lohnzuschusses berechnet werden müssen, sonst würde er doch „bis zum nächsten Zahltag" den ersten Arbeitgeber zu Unrecht entlasten, wenn bis dahin die niedrigen Beiträge gelten sollten.

§ 318 Abs. 3 kann auf die „Doppelgänger" nur Anwendung haben, wenn die Arbeitgeber die gleichen bleiben, aber durch eine Lohnzulage eines von ihnen eine Lohnstufenversetzung notwendig wird. Das wirtschaftliche Leben zeitigt eben Fälle, die bei der Beratung des Gesetzes nicht alle überblickt werden konnten und die nunmehr geregelt werden müssen, wie es dem offenbaren Sinn und Zweck des Gesetzes am besten entspricht.

Friedr. Kleeis, Halle a. S.

Anmerkung: Wir teilen diese Auffassung im wesentlichen nicht; zu vgl. unten die Auskunft S. 143 Ziffer 4.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Rechte, welche weiblichen Versicherten beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung zustehen.

A. Die freiwillige Weiterversicherung und die Leibrente.

I. Wenn eine weibliche Versicherte aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, so kommt für sie regelmäßig nur in Frage: entweder die freiwillige Weiterversicherung gemäß § 15 Vers. Ges. f. Angest. oder der Antrag auf Gewährung einer Leibrente gemäß § 63 des Gesetzes.

1. Beide Rechte haben zunächst zur Voraussetzung, daß die Versicherte sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat.

Als Beitragsmonat gilt jeder Kalendermonat, für den ein Beitrag entrichtet ist. Hierbei genügt es, wenn für einen Teil des Monats ein Beitrag gemäß § 177 des Gesetzes entrichtet worden ist.

Als Beitragsmonate werden ferner, wenn vorher mindestens ein Monatsbeitrag geleistet worden ist, auch diejenigen Kalendermonate angerechnet, in denen die Versicherte

a) in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat,
b) wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, ihre Berufstätigkeit fortzusetzen,
c) zur beruflichen Fortbildung eine staatlich anerkannte Lehranstalt besucht hat; die oberste Verwaltungsbehörde des betreffenden Bundesstaates bestimmt, welche Lehranstalten als staatlich anerkannte im Sinne dieser Vorschrift gelten.

Auch diese Ersatztatsachen brauchen nicht den vollen Kalendermonat hindurch bestanden zu haben, Monatsteile genügen.

2. Ferner ist sowohl die freiwillige Weiterversicherung als auch der Antrag auf Gewährung der

Digitized by Google

Leibrente nur solange zulässig, als die durch Beitragsleistung erworbene Anwartschaft auf die Leistungen des Gesetzes noch nicht erloschen ist (Entscheidung des Schiedsgerichts vom 1. Mai 1916 in Sachen G. 2204/16).

Nach § 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte erlischt nämlich die Anwartschaft, wenn nach dem Kalenderjahr, in welchem der erste Beitrag geleistet worden ist, innerhalb der zunächst folgenden zehn Kalenderjahre weniger als 8 und nach dieser Zeit weniger als vier Beitragsmonate während eines Kalenderjahres zurückgelegt worden sind.

Der Begriff „Beitragsmonat" ist hier der gleiche wie im Abschnitt 1.

Nach § 50 Absatz 1 lebt die erloschene Anwartschaft wieder auf, wenn innerhalb des dem Kalenderjahre der Fälligkeit der Beiträge folgenden Kalenderjahres die rückständigen Beiträge nachgezahlt werden.

Ist eine Anwartschaft während der Wartezeit erloschen, so kann nach § 50 Absatz 2 die Reichsversicherungsanstalt auf Antrag die rückständigen Beiträge stunden. Der Antrag muß vor Ablauf der in § 50 Absatz 1 bezeichneten Frist gestellt werden. Spätere Pflichtbeiträge können, soweit sie nicht gemäß § 49 zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft erforderlich sind, auf die gestundeten Beiträge angerechnet werden. Durch die Anrechnung lebt die Anwartschaft wieder auf.

Weitere Nachzahlungsmöglichkeiten ergeben die §§ 8 und 9 der Bundesratsverordnung vom 26. August 1915. Hiernach können Versicherte, die während des gegenwärtigen Krieges infolge von Maßnahmen feindlicher Staaten verhindert sind, Beiträge zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung einzuzahlen, oder die während des gegenwärtigen Krieges infolge einer Betriebseinstellung stellenlos werden, Beiträge nachzahlen spätestens bis zum Ablauf desjenigen Kalenderjahres, welches dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist.

II. Die freiwillige Weiterversicherung kann in der niedrigsten Klasse erfolgen und erfordert dann die Aufwendung von 1,60 *M* monatlich. Auch ist es, wie Abschnitt I, 2 ergibt, nicht nötig, daß in jedem Kalenderjahr zwölf freiwillige Beiträge entrichtet werden; vielmehr genügen für das zweite bis elfte Kalenderjahr der Versicherung je acht und für jedes weitere Kalenderjahr je vier freiwillige Beiträge zu 1,60 *M*. Das weitere ergibt das vom Rentenausschuß herausgegebene Merkblatt F. 23.

III. Daß die freiwillige Weiterversicherung dem Antrag auf Gewährung einer Leibrente vorzuziehen ist, ergibt Abschnitt V 5.

IV. Es ist unstatthaft, zunächst die Versicherung freiwillig fortzusetzen und den Antrag auf Gewährung einer Leibrente erst später zu stellen (Entscheidung des Schiedsgerichts vom 15. Mai 1916 in Sachen L. 4 D).

V. Nach § 63 des Gesetzes wird weiblichen Versicherten, die aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, auf Antrag an Stelle der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung (§ 15) oder der Erstattung von Beiträgen (§ 62, siehe unten Abschnitt B) eine Leibrente gewährt, deren Höhe sich nach dem Werte der erworbenen Anwartschaft auf Ruhegeld und nach dem Alter der Antragstellerin richtet und vom Rentenausschuß festgesetzt wird.

1. Die Tarife zur Berechnung der Leibrenten hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte mit Genehmigung des Bundesrats durch Beschluß vom 22. Oktober 1914 festgesetzt. Der Beschluß ist nebst Erläuterungen im 11. Hefte des Jahrganges 1914 der Angestelltenversicherung (Seite 248) abgedruckt.

2. Es kann nicht nur eine sofort mit dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung beginnende, sondern auch eine um 5, 10, 15, 20, 25 oder 30 Jahre aufgeschobene Rente beantragt werden.

3. Der Antrag auf Gewährung einer Leibrente ist an den Rentenausschuß zu richten. Hierbei ist anzugeben, von welchem Zeitpunkt ab die Rente gewünscht wird. Ferner ist beizufügen oder nachzureichen: die Versicherungskarte zur Angestelltenverversicherung und eine standesamtliche Geburtsurkunde

Verheiratete Antragstellerinnen haben die standesamtliche Heiratsurkunde und eine Erklärung ihres Ehemannes einzureichen, daß er mit dem Leibrenten-Antrag einverstanden ist. Ist diese Erklärung nicht zu beschaffen, so ist darzulegen, aus welchem Grunde sie nicht zu beschaffen ist.

Alle diese Urkunden sind nach §§ 337, 338 des Gesetzes gebühren- und stempelfrei.

4. Da zurzeit noch keine erheblichen Beitragssummen entrichtet sein können, sind auch die Leibrenten, die jetzt zu gewähren sind, nur ganz geringfügig. Wenn zum Beispiel für eine am 3. Februar 1894 geborene weibliche Versicherte in der Zeit vom 1. Oktober 1914 bis zum 1. Oktober 1916 Beiträge der Gehaltsklasse C mit 4,80 *M* monatlich entrichtet worden sind, so beläuft sich eine sofort beginnende Leibrente auf jährlich 2,13 *M* und eine um dreißig Jahre aufgeschobene, also erst am 1. Oktober 1946 beginnende Leibrente würde die Höhe von 10,10 *M* jährlich erreichen.

5. Schon mit Rücksicht auf die geringe Höhe der Leibrente ist es ratsamer, die Versicherung freiwillig fortzusetzen.

Bei freiwilliger Weiterversicherung hat die Versicherte Anwartschaft auf Ruhegeld und die etwa vorhandenen nach den §§ 30, 31 des Gesetzes anspruchsberechtigten Hinterbliebenen Anwartschaft auf Rente. Ruhegeld wird bei der Berufsunfähigkeit bzw. vom vollendeten fünfundsechzigsten Lebensjahre ab gewährt.

Wenn die Versicherte in dem zu 4 erwähnten Falle zu den bereits zurückgelegten 24 Beitragsmonaten noch 66 bzw. 96 freiwillige Beiträge zum Beispiel in Gehaltsklasse A mit je 1,60 *M* entrichtet, beträgt das Ruhegeld nach Erfüllung von insgesamt 90 Beitragsmonaten jährlich 43,20 *M*, bzw. nach Erfüllung von insgesamt 120 Beitragsmonaten jährlich 67,20 *M*. Hierbei ist es nach Abschnitt II nicht erforderlich, daß in jedem Kalenderjahre zwölf freiwillige Beiträge entrichtet werden, vielmehr genügen für das zweite bis elfte Kalenderjahr der Versicherung je acht und für jedes weitere Kalenderjahr je vier freiwillige Beiträge zu 1,60 *M*.

Außerdem ist folgendes zu berücksichtigen:

a) Die Reichsversicherungsanstalt kann ein Heilverfahren einleiten, um die infolge einer Erkrankung drohende Berufsunfähigkeit vom Versicherten abzuwenden und um den Empfänger eines Ruhegeldes wieder berufsfähig zu machen. Ein solches Heilverfahren wird den freiwillig Versicherten in derselben Weise gewährt wie den Pflichtversicherten, dagegen nicht den durch die Zubilligung einer Leibrente abgefundenen Personen.

b) Sollte die Versicherte später wieder eine versicherungspflichtige Tätigkeit übernehmen, müssen für sie Beiträge entrichtet werden, gleichviel, ob sie den Antrag auf Gewährung einer Leibrente aufrechterhält oder nicht. Durch die Gewährung einer Leibrente erlischt aber die durch die bisherigen Beiträge erworbene Anwartschaft auf die Leistungen der Angestelltenversicherung. Auf Grund der neuen Bei-

Digitized by Google

träge beginnt also eine neue Anwartschaft, für die die früheren Beiträge nicht berücksichtigt werden können. Wird dagegen die Versicherung freiwillig fortgesetzt, so werden die sämtlichen eingezahlten Beiträge bei den späteren Leistungen der Angestelltenversicherung berücksichtigt.

B. Ausscheiden infolge Verheiratung und nach Vollendung der Wartezeit.

Nach § 62 des Gesetzes steht weiblichen Versicherten, die nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu. Die Erstattung schließt weitere Ansprüche an die Reichsversicherungsanstalt aus.

1. Diese Vorschrift setzt zunächst voraus, daß die Versicherte aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet. Der Umstand allein, daß die Versicherte sich verheiratet, genügt also noch nicht.

2. Das Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung muß infolge der Verheiratung geschehen. Ein Erstattungsantrag kann also nicht gestellt werden, wenn das Ausscheiden aus einem anderen Grunde erfolgt.

3. Endlich setzt § 62 voraus, daß das Ausscheiden nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld, also nach sechzig Beitragsmonaten erfolgt. Da das Versicherungsgesetz für Angestellte erst seit dem 1. Januar 1913 in Kraft ist, kann heute die Wartezeit nur dann erfüllt sein, wenn sie gemäß § 395 des Gesetzes durch Einzahlung der entsprechenden Prämienreserve abgekürzt worden ist. Mithin ist eine Erstattung gemäß § 62 heute nur dann möglich, wenn die betreffende Versicherte die Wartezeit abgekürzt hat.

C. Erstattung an berufsunfähige Kriegsteilnehmer.

Der Bundesrat hat unter dem 26. Mai 1916 folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Den bei der Reichsversicherungsanstalt Versicherten, die im gegenwärtigen Kriege dem Deutschen Reiche oder einem mit ihm verbündeten oder befreundeten Staate Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben und infolge ihrer Teilnahme am Kriege dauernd berufsunfähig geworden sind oder werden, ist auf ihren Antrag die Hälfte der für sie entrichteten Pflichtbeiträge zu erstatten. Bei freiwilliger Versicherung werden drei Viertel der Beiträge erstattet.

§ 2. Der Anspruch auf Beitragserstattung verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit geltend gemacht wird. Die Frist beginnt jedoch nicht vor Schluß desjenigen Kalenderjahres zu laufen, in welchem der Krieg beendet ist.

Die Bundesratsverordnung setzt also erstens die Teilnahme am Kriege (zum Beispiel als Etappenschwester) und zweitens die infolgedessen eingetretene Berufsunfähigkeit voraus, ist aber schon dann anwendbar, wenn auch nur ein einziger Beitrag geleistet worden ist.

Berufsunfähig sind diejenigen Angestellten, deren Arbeitsfähigkeit infolge körperlicher Gebrechen oder Schwäche ihrer körperlichen und geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich oder geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Der Erstattungsantrag ist an den Rentenausschuß zu richten.

Kriegswohlfahrtsfürsorge der Versicherungsanstalt Württemberg.

Grundlegend für die Kriegswohlfahrtsfürsorge der Anstalt sind die von ihr aufgestellten „Grundsätze zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit während des Krieges“ und Grundsätze für Kriegskrankenfürsorge“ in der Fassung vom 27. Oktober 1915, sowie „Grundsätze für die Gewährung von Ehrengaben an Hinterbliebene gefallener oder infolge von Kriegsbeschädigung gestorbener versicherter Kriegsteilnehmer“ vom 8. (30.) Dezember 1915. Über die Art, wie diese Grundsätze durch Maßnahmen und Leistungen der Versicherungsanstalt praktisch verwirklicht worden sind, enthält ein uns vorliegender Auszug aus dem Geschäftsbericht „für 1915“, der aber das Material für die Zeit bis 31. März 1916 mit berücksichtigt, viel Interessantes, woraus wir folgendes in kurzer Zusammenfassung hervorheben:

Zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit sind in der Zeit vom Kriegsausbruch bis Ende März 1916 aufgewendet worden: für Belebung der Bautätigkeit durch Förderung des Kleinwohnungsbaus durch Darlehen 1 274 275 ℳ; für Gewährung von Beiträgen zum Lohnaufwand für Notstandsarbeiten 183 465,18 ℳ; an Beiträgen für die Arbeitslosenfürsorge 510 814,26 ℳ. In ausführlicher Weise sind in dem Berichte die auf dem Gebiete der Arbeitslosenfürsorge gemachten Erfahrungen dargelegt. Die Beiträge der Versicherungsanstalt fließen den Gemeinden, Amtskörperschaften, Gemeindeverbänden zu, welche eine Kriegsarbeitslosenfürsorge einrichten. Leitend für die Durchführung dieser Fürsorge sind die Grundsätze, die nach den Vorschlägen des wirtschaftlichen Kriegssonderausschusses für soziale Fragen bei der Kgl. Zentralstelle für Gewerbe und Handel im September 1915 aufgestellt sind. Danach ist die Kriegsfürsorge bestimmt, für bisher erwerbstätige Personen, die infolge des Krieges erwerbslos und unterstützungsbedürftig geworden sind. Unterstützung erhält nur, wer seit mindestens 3 Monaten in der Gemeinde wohnt. Die Erwerbslosen sind verpflichtet, Arbeit, die ihnen nach Vorbildung, Beruf, Körperbeschaffenheit und mit Rücksicht auf das Familienleben billigerweise zugemutet werden kann, gegen angemessenen Lohn zu übernehmen. Die Regelsätze der Geldunterstützung betragen in elf Stufen, je nach der Kopfzahl der Familie, 9 bis 30 ℳ für die Woche. Es sollen aber tunlichst Sachleistungen statt des Geldes gereicht werden. Gewisse Einkünfte sind teilweise anzurechnen. Die Unterstützung wird der Regel nach erst vom 8. Tage der Erwerbslosigkeit ab gewährt. Zusatzbestimmungen behandeln die Krankenfürsorge für Erwerbslose; Krankenkassenmitglieder, die erwerbslos werden, müssen sich mindestens in 2. Lohnstufe nach § 313 RVO. weiterversichern und erhalten die Beiträge dieser Stufe ersetzt. Krankengeldbezüge werden auf die der Familie gereichte Erwerbslosenunterstützung angerechnet. Soweit die Erwerbslosen und ihre Angehörigen gegen Krankheit nicht versichert sind, erhalten sie auf Kosten der Gemeinde ärztliche Behandlung, Arznei, Stärkungsmittel, Sterbegelder, Krankenhauspflege, Wochenhilfe.

Im Gebiete der Kriegskrankenfürsorge fördert die Versicherungsanstalt die Fürsorge für die Familien der Kriegsteilnehmer und für die Erwerbslosen und deren Familien gleichfalls durch Beiträge an diejenigen Einrichtungen, die auf diesem Gebiete tätig sind, an Krankenkassen, Gemeinden, Amtskörperschaften, Gemeindeverbände, besondere Kriegskrankenkassen. Zu dem Gesamtaufwande dieser Einrichtun-

Digitized by Google

gen an Unterstützungen in der Zeit bis 31. März 1916 im Betrage von 389 369,94 ℳ hat die Versicherungsanstalt 160 073,87 ℳ beigetragen. Aus den Mitteilungen über die hierbei gemachten Erfahrungen wird folgendes von besonderem Interesse sein:

Ärztliche Hilfe: Hier begegneten wir öfter dem Bestreben der Fürsorgeträger, die Kranken selbst für die Beschaffung der ärztlichen Hilfe besorgt sein zu lassen und sich nur mit einem Beitrag zu den Kosten zu beteiligen. Dadurch entsteht die Gefahr, daß die ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig genug aufgesucht wird und daß sie teuer bezahlt werden muß. Wenn wir es auch nicht beanstandeten, daß den Unterstützten zur Vermeidung einer unnötigen Inanspruchnahme des Arztes ein kleiner Teil (10—20 %) der Arztkosten aufgebürdet wurde, so hielten wir doch für die Regel daran fest, daß die Kriegskrankenfürsorge selbst die ärztliche Hilfe sicherzustellen hat und mit den in Betracht kommenden Ärzten ein entsprechendes Vertragsverhältnis abschließt. Der Vorteil der freien Arztwahl kann auch auf diesem Wege zur Genüge gewahrt werden (vgl. § 8 unserer Grundsätze).

Nicht selten kam es vor, daß Kranke meist in Unkenntnis der Einrichtung der Kriegskrankenfürsorge, sich in Behandlung auswärtiger Spezialärzte begaben und dadurch erheblich vermehrten Aufwand verursachten. In diesen Fällen wurde ihnen ein angemessener Teil der Behandlungskosten zur eigenen Tragung zugewiesen, vereinzelt wurde auch Anlaß genommen, auf eine Ermäßigung der ärztlichen Anrechnung hinzuwirken.

Bei dem an manchen Orten bestehenden Mangel an Ärzten mußte durch Beteiligung an Reisekostenaversen auswärtiger Ärzte oder durch erweiterte Zulassung von Wundärzten Abhilfe geschaffen werden. An den Kosten sog. Naturheilkundiger beteiligten wir uns dagegen grundsätzlich nicht, und zwar auch dann nicht, wenn sie, wie es vorkam, in Widerspruch mit §§ 122 und 123 RVO. zur Krankenkassenbehandlung zugelassen waren.

Die Bestimmung des § 18 Abs. V der Grundsätze, wonach die Arztrechnungen auf unsere Kosten durch einen Sachverständigen zu prüfen sind, stießen in der Durchführung auf verschiedene Schwierigkeiten. Ein Oberamtsarzt stellte die Frage, ob er nach dem neuen Oberamtsarztgesetz vom 10. Juli 1912 überhaupt befugt sei, dieses Geschäft zu besorgen. Vereinzelt standen die Revisionsgebühren, für die eine Taxe im Gebührenregulativ nicht vorgesehen ist, außer Verhältnis zum Betrag der zu prüfenden Anrechnungen. Wo es Anstände gab, begnügten wir uns daher mit dem Erfordernis spezialisierter, die Nachprüfung an der Hand der Medizinaltaxe ermöglichender Arztrechnungen und nahmen diese Nachprüfung selbst vor.

Arzneien und sonstige Heilmittel. Die Kostenberechnungen der Apotheken gaben zu wesentlichen Beanstandungen im allgemeinen keinen Anlaß, wenn auch manchmal die Fürsorgeorgane die Bestimmungen über die Rabattgewährung nicht richtig handhabten. Häufig handelte es sich um geringe Beträge, daß von Weiterungen abgesehen wurde.

Daß die Gewährung freier Arznei allein nicht zureichend war, stellte sich schon frühzeitig heraus. Es wurden daher im Herbst 1915 im Anschluß an die schon bestehende Übung im § 7 lit. a der Grundsätze auch die „sonstigen Heilmittel", welche außer Brillen und Bruchbändern auch künstliche Glieder, Stützkorsette und insbesondere orthopädisches Schuhzeug in Betracht kommen, mit Zusicherung eines 40 %igen Beitrags aufgenommen. In wohlwollender Auslegung dieser Bestimmung wurden späterhin auch die Desinfektionskosten mit unseren Beiträgen bedacht.

Dagegen konnten wir den künstlichen Zahnersatz weder als Heilmittel noch als Bestandteil der ärztlichen Behandlung anerkennen und haben eine Beteiligung an solchen Kosten stets grundsätzlich abgelehnt. Dies mag angesichts der Tatsache, daß die Versicherungsanstalt Württemberg auf dem Gebiet des Zahnersatzes von jeher eine besonders ausgedehnte Fürsorge geübt hat, befremdlich erscheinen. Aber gerade unsere hierbei gewonnenen Erfahrungen bewogen uns, den Zahnersatz als Leistung unserer Kriegskrankenfürsorge ganz auszuschließen. Die Grenze zwischen kosmetischen und hygienisch notwendigem Ersatz ist zu flüssig, als daß die Entscheidung hierüber den wenig erfahrenen Fürsorgeorganen überlassen werden könnte. Diese Entscheidung selbst zu treffen, verbot aber der Versicherungsanstalt die Geschäftsüberlastung. Es wäre mit Sicherheit damit zu rechnen gewesen, daß für den Zahnersatz unverhältnismäßig große Summen verbraucht worden wären, welche im Krieg doch besser für noch nötigere Zwecke verwendet werden. Außerdem war vorauszusehen, daß die für den Zahnersatz erforderlichen Materialien immer teurer und schlechter werden müssen, daß also die im Krieg um teures Geld beschafften Gebisse nur eine sehr beschränkte Brauchbarkeitsdauer hätten.

Stärkungsmittel. Fälle unzulässiger Abgabe alkoholischer Getränke (Krankenwein) sind nicht bekannt geworden. Dagegen besteht bei einigen Fürsorgeorganen die Neigung, statt der Stärkungsmittel Geld zu geben. Hiergegen wurde nachdrücklich angekämpft, nicht bloß wegen der Gefahr der mißbräuchlichen Verwendung des Geldes, sondern auch weil den Kranken in der Zeit der Brot-, Butter- und Eiermarken es außerordentlich erschwert ist, sich selbst die Stärkungsmittel zu beschaffen. Das häufigste und zweckmäßigste Stärkungsmittel ist die Milch. Da sie in vielen Gemeinden außer an Kranke auch an Schulkinder und sonstige Unterstützungsbedürftige abgegeben wird bzw. wurden, waren wir veranlaßt, darüber zu wachen, daß in die Kriegskrankenfürsorgekosten nicht auch der Aufwand für die an gesunde Personen abgegebene Milch einbezogen werde.

Sterbegelder. Manche Fürsorgeorgane können sich nicht dazu entschließen, ein für allemal Sterbegelder in den in § 10 unserer Grundsätze vorgesehenen Abstufungen festzusetzen. Sie ziehen es vor, lediglich die nachgewiesenen Beerdigungskosten zu übernehmen. Wir haben das nicht beanstandet und beteiligen uns auch in solchen Fällen mit ⅔ des Aufwands innerhalb der Höchstgrenzen des § 10.

Krankenhausverpflegungskosten. Durch die Einzelvorlagen, die bei den nichtansteckenden Fällen gem. § 11 Abs. 2 der Grundsätze gemacht werden sollen und auch bei den ansteckenden Krankheiten häufig gemacht werden, sind wir über die Krankenhausverpflegungsfälle ziemlich eingehend unterrichtet. Und die Erfahrungen, die wir gerade mit dieser Art der Krankenhilfe gemacht haben, sind so erfreulich, daß wir sie nicht vorenthalten wollen.

Zunächst kann festgestellt werden, daß wir von größeren Epidemien ziemlich verschont geblieben sind. Bei den ansteckenden Krankheiten spielten Diphtherie, Scharlach und Masern in gleicher Weise wie im Frieden die Hauptrolle, ohne daß sie sich aber nach unseren Wahrnehmungen in einzelnen Gemeinden oder Landesteilen in bedenklicher Weise gehäuft hätten. Fälle von Genickstarre und von Starrkrampf, die durch den Krieg eine Häufung erwarten ließen, sind nicht bekannt geworden. Auch der Typhus ist nur in einer Stadt des Neckarkreises in auffälliger Häufung vorgekommen.

Digitized by Google

Eigentliche Kriegsseuchen, wie Pocken, Fleckfieber, Cholera haben die Kriegskrankenfürsorge nicht belastet; wohl aber dürften die nicht ganz vereinzelten Fälle von Krätze und Verlausung des öfteren auf unmittelbare Einschleppung vom Feld zurückzuführen sein; freilich wird es wohl ebenso oft an der erforderlichen Pflege der betroffenen Kinder, sei es mit oder ohne Verschulden der Mütter, gefehlt haben. Wie die Geschlechtskrankheiten bei den Kriegsteilnehmern Württembergs nach den bei den Bekämpfungsmaßnahmen gemachten Wahrnehmungen entfernt nicht so häufig vorgekommen sind, als die zu Anfang des Kriegs verlautbarten beunruhigenden Nachrichten befürchten ließen, so haben sie nach unseren Wahrnehmungen bei der Kriegskrankenfürsorge auch bei den Familien derselben nur eine durchaus untergeordnete Bedeutung gehabt, die jedenfalls auf eine Vermehrung der Unsittlichkeit infolge des Kriegs nicht schließen läßt.

Außer schweren inneren Erkrankungen und Unfallverletzungen spielen unter den Krankenhausverpflegungsfällen die operativen Eingriffe bei chronischen Übeln erfreulicherweise eine sehr große Rolle. Bei den Frauen waren es häufig Unterleibsoperationen mit dem Ziel einer radikalen Beseitigung chronischer Erkrankungszustände und beschwerlicher Vorfälle und Senkungen, weiter aber auch in großer Zahl Kropfoperationen. Bei den Kindern überwogen die Bruchoperationen und die chirurgisch orthopädische Behandlung angeborener und in frühester Jugend erworbener Mißbildungen des Körpers. Es ist außer jedem Zweifel, daß eine große Zahl dieser Operationsfälle ohne die Kriegskrankenfürsorge nicht oder nicht so rechtzeitig zur operativen Behandlung gekommen wäre. Es war oft mit Händen zu greifen, wie ein Fall Schule machte und eine ganze Anzahl ähnlich gelagerter Fälle nach sich zog. Und sicher ist dadurch in vielen Fällen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auf die Dauer gehoben oder der Eintritt vorzeitiger Invalidität verhindert worden; ein Ergebnis, das ebenso sehr im Interesse des einzelnen als in dem der Gesamtheit und der Versicherungsanstalt lag und wohl auch von dem im Feld befindlichen Ernährer mit besonderem Beifall begrüßt wurde.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

a) Beitragspflicht im Falle des § 315 RVO. b) Zugehörigkeit zur Orts- oder Innungskrankenkasse?

1. Nach R. H. Fragen: a) Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 27. Mai 1916 in Arb. Vers. 1916, S. 703 kann eine für eine Versicherung zuständige Krankenkasse die Beiträge nicht verlangen für eine Zeit, während deren der Versicherte nach § 315 RVO. als Mitglied einer anderen Kasse gilt. Trifft dies auch dann zu, wenn während der Frist von mehr als 3 Monaten, während welcher der Arbeitgeber die Beiträge an die unzuständige Kasse zahlt, zwischen ihm und der zuständigen Kasse ein Streitverfahren über die Kassenzugehörigkeit schwebt?

b) Nach § 250 RVO. gehören die versicherungspflichtig Beschäftigten eines Innungsmitgliedes in die Innungskrankenkasse. Die Zuständigkeit der Innungskrankenkasse wird auch dann angenommen, wenn der Arbeitgeber zu Unrecht in die Innung aufgenommen ist, z. B. wenn er nach dem Innungsstatut nicht Mitglied der Innung sein durfte. In einem Streitfall hat nun das hiesige Versicherungsamt entschieden, daß ein Arbeitgeber, der gleichzeitig mit ein und demselben Handwerk der Gesamtinnung und der für sein Handwerk errichteten Zwangsinnung angehörte und sein Personal in der Gesamtinnungskrankenkasse versichert hatte, für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses die Beiträge an die Ortskrankenkasse nachzuzahlen habe, weil er bei Gründung der Zwangsinnung nach § 100 b, Abs. 5 Gew. Ordg. „kraft Gesetzes" aus der Gesamtinnung ausgeschieden und ausgeschlossen sei und infolgedessen nicht wirksam darin habe verbleiben bzw. nicht wirksam dabei habe wieder aufgenommen werden können. Wir haben Bedenken gegen diese Entscheidung. War die entgegen dem § 100 b erfolgte Aufnahme des Arbeitgebers in die Gesamtinnung hinsichtlich der Kassenzugehörigkeit seines Personals nicht von der gleichen Wirkung wie eine Aufnahme, die nur dem Innungsstatut zuwider erfolgt? Darf die Ortskrankenkasse die Beiträge von dem Arbeitgeber nacherheben?

Antwort: a) Die Entscheidung trifft auch im vorliegenden Falle zu. Sie beruht darauf, daß der Versicherte unter den Voraussetzungen des § 315 RVO. als Mitglied der an sich zuständigen Kasse gilt und deshalb nach § 312 nicht gleichzeitig Mitglied der zuständigen Kasse sein kann. Deshalb sind für ihn Beiträge zu dieser Kasse auch dann nicht zu entrichten, wenn zwischen ihm und der Kasse ein Streitverfahren über die Kassenzugehörigkeit schwebte.

b) Wir halten Ihr Bedenken für begründet. Der Ortskrankenkasse steht es nicht zu, die Zugehörigkeit eines Arbeitgebers zur Innung anzufechten, wenn der Arbeitgeber und die Innung darüber einig sind; und dem Versicherungsamt steht es nicht zu, in solchem Falle die tatsächlich bestehende Zugehörigkeit zur Innung nicht gelten zu lassen. Vermöge dieser Zugehörigkeit gehören die Beschäftigten zur Innungs-

Digitized by Google

krankenkasse, was die Beitragspflicht zur Ortskrankenkasse ausschließt. Wir verweisen auf Arb. Vers. 1915, S. 695, Ziff. 5 und die dort angeführten Stellen.

Schriftwechsel mit Versicherten über Krankheiten auf offenen Postkarten.

2. Nach W. Antwort: Daß die Kasse sich bei ihren Mitteilungen an die Kranke über die Bewilligung einer Salvarsankur offener Postkarten bedient hat, ist allerdings ein schlimmer Verstoß gegen die gerade in solchen Fällen besonders gebotene Rücksicht und Verschwiegenheit.

Neuer Versicherungsfall bei einem Epileptiker. Hinzutreten einer anderen Krankheit.

3. Nach Uckermünde. Antwort: Die Epilepsie ist ein dauernder krankhafter Zustand, bei dem eine neue Erkrankung im Sinne der Krankenversicherung und somit ein neuer Versicherungsfall regelmäßig erst in einer plötzlichen Häufung der Anfälle gefunden werden kann (zu vgl. Entsch. des RVA. in Arb. Vers. 1916, Heft 34, S. 807). Liegt ein solcher neuer Versicherungsfall überhaupt vor, so beruht er jedenfalls auf derselben nicht gehobenen Krankheitsursache, nämlich auf der dauernden epileptischen Veranlagung, und begründet somit die Anwendung des § 188 RVO., falls dessen übrige Voraussetzungen gegeben sind. Daran wird dadurch nichts geändert, daß im Laufe eines solchen auf Epilepsie beruhenden Versicherungsfalls noch eine andere Krankheitsursache (Lungenentzündung) hinzutritt. Dies hat nicht die Bedeutung eines neuen selbständigen Versicherungsfalls, sondern nur eines Umstandes, der möglicherweise die bereits eingetretene Krankheit verlängern kann (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr. Vers., Anm. 2 zu § 182 RVO).

Ergänzung der Versicherungsvertreter beim Versicherungsamt und in dessen Ausschüssen.

4. A. K. Antwort: Die Zahl der Arbeitgeber- und Versichertenvertreter beim Versicherungsamt ist durch Einberufungen aus der Zahl der vorhandenen Ersatzmänner zu ergänzen. Nur soweit solche nicht mehr in ausreichender Zahl vorhanden sind, beruft der Vorsitzende des Versicherungsamts Vertreter aus der Zahl der Wählbaren nach § 2 Bek. vom 12. August 1915 (Arb. Vers., S. 586) in Verbindung mit § 50, Abs. 2 RVO. Diese Vorschriften beziehen sich aber nur auf den Eintritt von Vertretern in das Versicherungsamt, nicht auch auf den Eintritt in die innerhalb des Amtes zu bildenden Ausschüsse (§§ 56, 57 RVO.). Die Ausschüsse sind vielmehr durch Wahlen der Versicherungsvertreter aus ihrer Mitte zu vollziehen, und hierbei sind die vom Vorsitzenden einberufenen Versicherungsvertreter, in gleicher Weise wie die gewählten, wahlberechtigt und wählbar. Soweit die aus dem Felde heimkehrenden Versicherungsvertreter nicht ihre Wählbarkeit verloren haben (§§ 47, 52 RVO.), treten sie wieder in das Amt ein und die für sie Eingetretenen scheiden aus. Die durch die Bek. vom 11. Januar 1916 (RGBl. S. 39) verordnete Verlängerung der Amtsdauer gilt für die Versicherungsvertreter bei allen Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern, nicht aber für die Zugehörigkeit zu den Spruch- und Beschlußausschüssen, die durch Wahlen innerhalb des Versicherungsamts begründet ist.

Wirkung von Lohnänderungen bei mehrfachen gleichzeitigen Arbeitsverhältnissen.

5. Nach Halle a. S. Antwort: Wir teilen durchaus die Auffassung, die Ihrer Anfrage zugrunde liegt. Aus § 309 RVO. ist zu entnehmen, daß bei zeitlichem Zusammentreffen mehrerer versicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse nur ein einheitliches Versicherungsverhältnis besteht; und § 396 regelt die Beitragslast der mehreren Arbeitgeber innerhalb dieses Verhältnisses. Aus der vom Gesetz ersichtlich gewollten Einheit des Verhältnisses folgt unabweislich (was ja auch die unangefochtene Auffassung ist), daß die Löhne aus der mehrfachen Beschäftigung für die Frage der Versicherungspflicht, der Kassenzugehörigkeit und der Lohnstufe zusammenzurechnen sind und daß ihre Summe als „der Lohn" anzusehen ist, der für die Beurteilung maßgebend ist. Wenn also § 318, Abs. 3 bestimmt, daß im Falle der Änderung des Lohns sich die Lohnstufe erst mit der nächsten Beitragszahlung, d. h. mit Beginn der nächsten Beitragszeit (Beitragsperiode) ändert, so muß bei mehrfachen gleichzeitigen Beschäftigungsverhältnissen jene einheitliche Betrachtung dahin führen, den § 318, Abs. 3 auch dann für anwendbar zu erachten, wenn die Lohnsumme sich durch den Hinzutritt oder Wegfall eines neuen Arbeitsverhältnisses oder durch Erhöhung oder Minderung auch nur eines der mehreren Lohnbeträge ändert. Treten innerhalb einer Beitragszeit mehrere solche Lohnänderungen ein, so äußert sich die Wirkung einheitlich erst mit Beginn der nächsten Beitragszeit in der Feststellung der in diesem Zeitpunkt geltenden Lohnsumme. Das gilt nicht nur für die Berechnung der Beiträge, sondern auch für die Bemessung der Kassenleistungen. Das bedeutet: daß nicht schon die Änderung des Einzellohns innerhalb der Beitragszeit den für die Leistungen in einem künftig eintretenden Versicherungsfalle maßgebenden Grundlohn verändert, sondern daß diese Änderung nur auf Versicherungsfälle einwirkt, die nach Beginn der nächsten Zahlungszeit eintreten, wenn in diesem Zeitpunkte die Lohnsumme verändert ist. Daß eine solche Änderung auf vorher bereits eingetretene Versicherungsfälle ohne Einfluß ist, ergibt sich aus § 211.

Erfüllungsort für Familienhilfe.

6. Nach Hermülheim. Frage: Nach der Satzung gewährt die Kasse ärztliche Behandlung durch die Kassenärzte für versicherungsfreie „Familienmitglieder" des Versicherten, die in seinem Haushalte leben usw. — Hier werden Hunderte von Arbeitern beschäftigt, die in anderen Bundesstaaten, insbesondere Bayern beheimatet sind. Sie wohnen hier als sogenannte Kostgänger und kehren erst nach langen Zeitabschnitten, die meisten nur ein- oder zweimal im Jahre auf kurze Zeit zu ihrer Familie zurück. Ist unter diesen Umständen die obige Voraussetzung des Anspruchs auf Familienhilfe erfüllt? Kann man den Angehörigen sagen, daß sie im Haushalte des Versicherten leben, trotzdem dieser selbst nicht in diesem Haushalte lebt?

Antwort: Der Versicherte hat im Wortsinne allerdings noch einen Haushalt in seiner fernen Heimat, und seine Angehörigen leben in diesem Haushalt, so daß die satzungsmäßige Voraussetzung des Anspruchs an sich gegeben wäre. Aber der Anspruch auf Familienhilfe ist nur am gesetzlichen Erfüllungsorte für die Kassenleistungen begründet, und dies ist ein Ort außerhalb des Kassenbezirks nur dann, wenn er der Beschäftigungs- oder Wohnort des Ver-

Digitized by Google

sicherten ist. Im vorliegenden Fall hat der Versicherte Beschäftigungs- und Wohnort nur im Kassenbezirk. In seiner Heimat hat er zwar einen Haushalt, auch einen Wohnraum, aber, da er tatsächlich nicht darin wohnt, keinen Wohnort (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr. Vers., Anm. 10a zu § 182, Anm. 2b zu § 205; Versicherungsamt Kiel in Arb. Vers. 1916, Heft 26, S. 608, 609). Daher ist der Anspruch abzulehnen.

Unterstützungsanspruch bei Krankheit nach der Aussteuerung.

7. Nach Schl. Antwort: Vorausgesetzt, daß die Krankheitsursache dieselbe und noch nicht behoben war, so würde die Dauer der neuen Unterstützung gemäß § 188 RVO. auf 13 Wochen zu beschränken sein. Daraus folgt: diese Beschränkung tritt dann nicht ein, wenn die zweite Krankheit zwar derselben Art wie die erste war, aber doch eine andere Ursache hatte, also mit jener in keinem Zusammenhang stand. Andererseits würde jeder weitere Anspruch fortfallen, wenn in der Zeit nach der Aussteuerung bis zum 30. Dezember die Krankheit im Sinne der Krankenversicherung fortbestand, d. h. entweder Arbeitsunfähigkeit vorlag oder ärztliche Behandlung oder Anwendung von Heilmitteln weiter erforderlich waren; daß in dieser Zeit dieselbe Ursache weiter bestand ohne zutage zu treten, würde die Versagung der Unterstützung nicht rechtfertigen. Es ist also zu unterscheiden zwischen dem bloßen Fortbestehen der Krankheitsursache, die weder Arbeitsunfähigkeit bedingt, noch Krankenpflege erfordert, und der Fortdauer der Krankheit, die entweder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat oder Krankenpflege nötig macht. In dem letzten Fall besteht der erste Krankheitsfall weiter, so daß mit der Aussteuerung jeder weitere Anspruch fortfällt. Im ersteren beginnt ein neuer Versicherungsfall in dem Augenblick, da von neuem Arbeitsunfähigkeit eintritt oder von neuem Krankenpflege erforderlich wird; doch beschränkt sich dann die Versicherungsdauer auf 13 Wochen gemäß § 188 RVO. Nach diesen beiden Richtungen hat der Arzt Feststellungen zu treffen. Für die Beurteilung der Rechtslage ist es hierbei unerheblich, daß das Mitglied sich freiwillig weiter versicherte, nachdem die Pflichtversicherung mit der Aussteuerung aufhörte.

Grenze der Erstattungspflicht aus § 197 RVO.

8. Nach Bremerhaven. Frage: Auf Seite 24 dieses Jahrg. befindet sich unter Ziff. 12 die Auskunft, daß die Erstattungspflicht nicht über das hinausgehen kann, was die Kasse selbst zu leisten gehabt hätte, wenn die Niederkunft am letzten Tage der Zugehörigkeit zu dieser Kasse stattgefunden hätte. Soll darunter zu verstehen sein, daß eine Erstattungspflicht nach § 197 auch dann nicht vorliegt, wenn ein Mitglied nach einmonatlicher Mitgliedschaft ausscheidet, somit nach § 195 ein Anspruch auf Wochenhilfe nicht vorlag, weil eine vorhergehende Mitgliedschaft nicht nachzuweisen ist?

Antwort: Nein! Zu einer solchen Auffassung kann unsere Auskunft keinen Anlaß geben, zumal wenn sie im Zusammenhange mit der darin angezogenen Auskunft im Heft 31 von 1916, S. 743, Ziff. 7 gelesen wird. Es handelt sich in beiden Fragen nur um die Bemessung des Höchstbetrages, über den die Erstattungspflicht der früheren Kasse nicht hinausreichen kann. Nur für diese Begrenzung sind die Verhältnisse zur Zeit des Kassenwechsels maßgebend. Ob in diesem Zeitpunkt tatsächlich ein Anspruch gegen jene Kasse nach § 195 RVO. begründet gewesen wäre, ist selbstverständlich ohne Belang, da die Voraussetzung der Erstattungspflicht sich ausschließlich nach § 197 bestimmt.

Einfluß einer Verlegung von Betriebsteilen auf die Zugehörigkeit zur Betriebskrankenkasse.

9. Nach B. Antwort: Die Betriebskrankenkasse P. & H. hat nach ihrer Satzung ihren Sitz in Dünweg und erstreckt sich auf den Betrieb der Firma in Dünweg. Diese Fassung des § 1 läßt keinen Zweifel, daß nicht alle Unternehmungen der Firma, wo sie auch betrieben werden mögen, in die Betriebskrankenkasse einbezogen sind, sofern nur der Sitz der Firma, d. h. der geschäftliche Mittelpunkt des Unternehmens in Dünweg verbleibt, sondern es ist klar ausgedrückt, daß die Kasse auch räumlich beschränkt ist, indem sie nur den Betrieb in Dünweg umfaßt. Man braucht das nicht ganz streng und äußerlich zu verstehen und würde einen außerhalb des Ortes Dünweg liegenden Betriebsteil, der in nahem örtlichen und wirtschaftlichen Zusammenhange mit dem Betrieb in Dünweg steht, diesem letzteren zurechnen, also als zur Betriebskrankenkasse gehörig ansehen können. Wenn aber die Firma, in Vollziehung eines mit einer anderen Firma getroffenen Übereinkommens, ihren Betrieb im wesentlichen in die an einem anderen Orte belegenen Betriebsräume der anderen Firma verlegt, um zu einem ganz andersartigen Betriebszweige (von der Webwaren- zur Geschoßfabrikation) überzugehen und hierzu die Kraftanlagen der anderen Firma zu benutzen, so ist der Zusammenhang dieses neuen Betriebsteils mit dem Betrieb in Dünweg, auf den allein sich die Betriebskrankenkasse erstreckt, aufgehoben. Die an dem anderen Orte beschäftigten Personen gehören daher nicht in die Betriebskrankenkasse, sondern in die allgemeine Ortskrankenkasse ebenso wie die von der anderen Firma dort gleichfalls noch beschäftigten Personen.

Wegfall der Wählbarkeit im Sinne des § 24 RVO.

10. Nach Hattingen. Antwort: a) § 334 Abs. 2 RVO., wonach die Satzung bestimmen kann, daß zum Ausschuß nach Bezirken oder Berufsgruppen gewählt wird, betrifft nicht die Wählbarkeit (§§ 12 bis 14 RVO.), sondern nur eine Form der Wahl. Wenn also ihre Satzung Wahl nach Berufsgruppen vorsieht und bestimmt, daß die Ausschußmitglieder nur als Vertreter ihrer Berufsgruppe gewählt werden dürfen, so ist auch dies nur für die Wahl selbst maßgebend. Die Zugehörigkeit zu der betreffenden Berufsgruppe muß nur zur Zeit der Wahl gegeben sein. Fällt sie erst nachher durch Übergang zu einer anderen Berufsgruppe fort, so kann man nicht sagen, daß der Gewählte seine Wählbarkeit verloren habe und nach § 24 RVO. seines Amtes zu entheben sei.

b) Bevollmächtigte Betriebsleiter usw. stehen nach § 13 Abs. 2 RVO. bei den Wahlen den Arbeitgebern gleich. Wenn daher ein als Arbeitgebervertreter in den Ausschuß gewählter Betriebsleiter später sich selbständig macht und selbst Arbeitgeber wird so ist das keine Tatsache, die eine Wählbarkeit als Arbeitgebervertreter ausschließt. Daher ist auch in diesem Falle § 24 RVO. nicht anwendbar.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1881 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1165 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. März 1917 | Heft 7

Ersatzansprüche gegen Krankenkassen wegen Zwangsheilung Geschlechtskranker.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

I. Seit langer Zeit schon widmet man in Deutschland, wie anderwärts, besondere Aufmerksamkeit den schweren Gefahren, die der Volksgesundheit und besonders unserem Nachwuchs aus der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten drohen. Der Krieg, der mit seinen Folgeerscheinungen diese Verbreitung nur allzu sehr zu begünstigen geeignet ist, hat die Aufmerksamkeit der Behörden und anderer berufener Stellen, insbesondere auch freier Gesellschaften, noch mehr auf diesen wunden Punkt gelenkt und geschärft und Abwehrmaßnahmen mannigfacher Art angeregt. Hierzu gehört die schärfere und umfassendere Handhabung der landesrechtlichen Vorschriften über die Zwangsheilung geschlechtlich Erkrankter. Die Polizeiverwaltungen machen von den ihnen in dieser Richtung gegebenen Befugnissen häufigen und eifrigen Gebrauch, und die Militärbehörden unterstützen sie hierin und machen sie auf geeignete Fälle aufmerksam.

Auch die Träger der Reichsversicherung sehen diesem Kampfe gegen eine offenkundige Gefahr der allgemeinen Volksgesundheit nicht mit verschränkten Armen zu. In zahlreichen geeigneten Fällen bewilligen die Landesversicherungsanstalten und die Reichsversicherungsanstalt ein Heilverfahren, und die Krankenkassen nehmen sich, entsprechend ihrer begrenzteren Aufgabe, namentlich der frischen Fälle im allgemeinen verständnisvoll an und machen auch von der ihnen in § 363 RVO. eingeräumten Befugnis, Kassenmittel für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung zu verwenden, durch Unterstützung der Bestrebungen der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und in anderer Weise ohne Engherzigkeit Gebrauch. Aber diese Befugnis hat ihre Grenzen eben im Gesetz selbst, das den Kassen die Aufwendung ihrer Mittel zu anderen als den ausdrücklich zugelassenen Zwecken verbietet (§§ 25, 363) und Maßnahmen vorbeugender Fürsorge diesen Zwecken nur zurechnet, insofern sie allgemeiner Natur sind; soweit es sich um Fürsorge in bestimmten Einzelfällen handelt, sind die Kassen an die Vorschriften des zweiten Abschnitts des zweiten Buches der RVO. über den „Gegenstand der Versicherung" (§§ 179 ff.) gebunden, wonach vorbeugende Fürsorge im einzelnen Falle nicht zu den Aufgaben der Kasse, also nicht zu ihren Pflichten und nicht einmal zu ihren Befugnissen gehört. Die Kassen dürfen nicht Kranke, die weder zu den Versicherten selbst noch zu den mittelbar Berechtigten (Familienangehörigen der Mitglieder, § 205) gehören, auf Kassenkosten in Pflege nehmen, um eine Ausbreitung der Krankheit zu verhüten, und ebenso dürfen sie nicht um des gleichen Zweckes willen ihren eigenen Mitgliedern eine Fürsorge zuwenden, für die es an den

Digitized by Google

gesetzlichen Voraussetzungen fehlt; folglich können die Kassen, wo diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, auch nicht für berechtigt und noch weniger für verpflichtet erachtet werden, anderen Stellen, die in solchen Fällen eine Fürsorge übernommen und Aufwendungen gemacht haben, Ersatz zu leisten.

Unter diesen Gesichtspunkten ist die Frage zu prüfen, ob die Krankenkassen von den Polizeibehörden wegen der von diesen für die Zwangsheilung geschlechtlich erkrankter Versicherter gemachten Aufwendungen auf Ersatz in Anspruch genommen werden können. In der „Betriebskrankenkasse" (Nr. 1 von 1917) habe ich die Frage der „Ersatzansprüche gegen Krankenkassen wegen Maßnahmen der Polizeibehörde" ausführlich behandelt. Der Gedankengang dieser Ausführungen ist in kürzester Zusammenfassung folgender: Es ist dargelegt, daß und unter welchen Voraussetzungen ein Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen die Kasse auf Grund der §§ 1531 bis 1537 RVO. unter Umständen auch aus Handlungen der Polizeiverwaltung oder ihrer Organe erwachsen kann, nämlich dann, wenn die Polizeibehörde in Vertretung des Armenverbandes gehandelt hat, oder wenn ein polizeilicher Zweck nur den Anlaß gegeben hat, einzuschreiten, um den hilfsbedürftigen Versicherten der Armenpflege zuzuführen. Das ist durch zahlreiche Beispiele und Entscheidungen erläutert. Wo aber ein Anspruch des Armenverbandes nicht begründet erscheint, kann immer noch ein Anspruch der Polizeibehörde gegen die Kasse in Frage kommen. Zwar nicht auf Grund der §§ 1531 ff., 1540 RVO., da diese nur für Gemeinden und Armenverbände (und nach § 1541 auch noch für Betriebsunternehmer und Kassen) gelten, die nach gesetzlicher Pflicht Hilfsbedürftige unterstützen; wohl aber ist zu erwägen, ob nicht ein nach bürgerlichem Recht begründeter und im ordentlichen Rechtswege zu verfolgender Anspruch besteht. Ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB.) ist nicht zu begründen, weil ein solcher nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts voraussetzt, daß die Vermögensverschiebung sich „unmittelbar zwischen den Parteien" vollzogen hat (Entsch. in Zivils. 66 S. 80; Jur. Wochenschr. 1905 S. 80, 1907 S. 389); diese Voraussetzung ist im Verhältnis der Polizeibehörde zur Kasse nicht gegeben, da durch die Leistung der Behörde zunächst doch nur der in Fürsorge Genommene nicht aber die Kasse „unmittelbar" einen Vorteil auf Kosten der Behörde erlangt hat. Dagegen kann unter Umständen ein Anspruch der Polizei gegen die Kasse auf Grund der Geschäftsführung ohne Auftrag begründet sein (§§ 677, 679, 683 BGB.). Daß die Behörde bei ihrer Tätigkeit eine eigene öffentliche Pflicht als Trägerin der Polizeigewalt ausübte, schließt den Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen nicht ohne weiteres aus, wenn sie durch ihre Tätigkeit tatsächlich zugleich eine Pflicht der Kasse, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse lag, erfüllte und dabei auch die Absicht hatte, für die Kasse zu handeln und von ihr Ersatz zu verlangen (vgl. § 685 Abs. 1 BGB. und Entsch. des Reichsger. in Zivils. 75 S. 283, 77 S. 197). Nur ist im Falle der Anstaltsbehandlung, die für die Zwangsheilung geschlechtlich Erkrankter wohl ausschließlich in Frage kommt, zu beachten, daß, wenn der Versicherte an sich nicht arbeitsunfähig war und der Behandlung in einer Anstalt nicht zum Zwecke seiner Heilung, sondern nur zum Schutze der Allgemeinheit bedurfte, die Voraussetzung für einen Anspruch auf Krankengeld nicht gegeben ist und daß daher auch der Ersatzanspruch der Polizeibehörde sich auf die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Heilmittel beschränken muß, die Kasse also für die Kosten des Unterhalts im Krankenhause nicht aufzukommen braucht. — Alles dies bezieht sich auf Maßnahmen der Polizei im allgemeinen. In dem besonderen Falle der Zwangsheilung Geschlechtskranker führt aber eine besondere Erwägung zur Abweisung des Anspruchs der Polizeibehörde überhaupt. Die Leistungen aus der Krankenversicherung werden nur auf Antrag ge-

Digitized by Google

währt (§§ 1545, 1551 RVO.). Die Kasse darf sie dem Berechtigten nicht aufdrängen. Dem Armenverbande könnte die Kasse dies freilich nicht entgegensetzen, weil ihm durch §§ 1531 ff. RVO. ein vom Willen des Versicherten unabhängiger Ersatzanspruch verliehen ist. Der Polizeibehörde aber steht eine entsprechende Vorschrift nicht zur Seite. Ihr steht der Anspruch aus einer Geschäftsführung ohne Auftrag nur zu, wenn ohne ihr Einschreiten eine Pflicht der Kasse, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, nicht rechtzeitig erfüllt werden würde (§ 679 BGB.), also wenn die Kasse im Verzuge wäre; und dies liegt keinesfalls vor, solange der Versicherte ihr gegenüber Ansprüche nicht erhoben hat. Aber auch wenn er dies getan hätte, so hatte die Kasse nach § 184 RVO. zwar das Recht, aber nicht die Pflicht, ihre Leistungen in der Form der Krankenhauspflege zu gewähren. Dem Armenverbande gegenüber könnte die Kasse auch hieraus einen Einwand nicht herleiten, weil der ihm durch §§ 1531 ff. verliehene Ersatzanspruch nach feststehender Rechtsprechung nur voraussetzt, daß der Verband in der Art und mit den Mitteln, wie er überhaupt Armenpflege übt, einen Versicherten unterstützt hat. Die Polizeibehörde aber kann sich auch hierauf nicht berufen. Zwingt sie aus Gründen, die mit den Aufgaben der Krankenkasse nichts zu tun haben — nämlich um den Kranken von fernerem Geschlechtsverkehr auszuschließen und so eine weitere Verbreitung der Krankheit zu verhüten — dem Versicherten ein Heilverfahren in einer Form auf, die der Versicherte nicht wünscht oder der er sogar nachdrücklich widerstrebt und in der die Kasse ihre Leistungen zu gewähren nicht bereit und nicht verpflichtet ist, so kann die Polizeibehörde nicht behaupten, daß sie eine Pflicht der Kasse erfüllt habe. Damit entfällt ein Ersatzanspruch aus der Geschäftsführung ohne Auftrag. — —

II. Inzwischen sind mir einige bemerkenswerte Entscheidungen zugegangen, die sich mit der gleichen Frage befassen. Im folgenden teile ich das wesentliche aus zwei Urteilen der 5. Zivilkammer des Landgerichts Bremen mit, zunächst ein Urteil vom 22. September 1914, auf dessen Tatbestand noch das Krankenversicherungsgesetz anzuwenden war:

„Nach § 22 des Hamburgischen Gesetzes vom 23. April 1879 betreffend das Verhältnis der Verwaltung zur Rechtspflege sind die Polizeibehörden befugt, Personen in Verwahrung zu nehmen, wenn der eigene Schutz dieser Personen oder die Abwendung von Gefahr für andere Personen diese Maßregel erforderlich macht. Ist eine öffentliche Behörde zur Vornahme einer Handlung befugt, so ist sie vorkommendenfalls auch dazu verpflichtet. Die Klägerin (Polizeibehörde) hat also eine eigene Verpflichtung erfüllt, wenn sie die T. in einem Krankenhause unterbrachte, um abzuwenden, daß andere Personen in die Gefahr gerieten, von ihr angesteckt zu werden.

Die Beklagte (Krankenkasse) war ihrerseits nicht verpflichtet, der T. Krankenhausbehandlung angedeihen zu lassen. Die Leistungen, zu denen die Beklagte ihren erkrankten Mitgliedern gegenüber verpflichtet ist, sind im § 6 des KVG. bestimmt. An Krankenunterstützung ist zu gewähren freie ärztliche Behandlung und ein Krankengeld; an Stelle dieser Leistungen kann nach § 7 freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause in gewissen Fällen gewährt werden. Die Gewährung von Krankenhauspflege ist also in das Ermessen der Kasse gestellt. Wenn das Hanseatische Oberlandesgericht in seinem Urteil in der „Hanseatischen Gerichtszeitung" Beiblatt 1907 S. 277*) und 1909 S. 44 ausführt, das „kann" des § 7 sei dahin auszulegen, daß die Kasse es nicht nötig habe, sich in den im § 7 bezeichneten Fällen um den Widerspruch des Kranken zu kümmern, daß sie aber unter Umständen der Allgemeinheit gegenüber verpflichtet sei, Krankenhausbehandlung zu wählen und ihr der Allgemeinheit gegenüber besonders bei geschlechtskranken Personen die Pflicht obliege, diejenigen Maßnahmen zu treffen, die auf die schnellste und eingreifendste Weise die Gefahr zu beseitigen geeignet seien, nämlich Krankenhausbehandlung anzuordnen, so kann das Gericht diesen Ausführungen nicht zustimmen. Nirgends im KVG. ist bestimmt, daß die Kasse ihren erkrankten Mitgliedern alles zur Heilung Notwendige zu leisten hat. Das Gesetz bestimmt vielmehr im § 6 die der Kasse obliegenden Leistungen nach Art, Maß und Dauer. Eine Pflicht zur Krankenhausbehandlung hat die Kasse nie, auch dann nicht, wenn nach den besonderen Umständen des Falles die ärztliche Behandlung nur in einem Krankenhause gewährt werden kann. (Vgl. Hahn, Kommentar zum KVG. Anmerk. 1e zu § 7 und in der „ArbVers." 1897 S. 329, 1907 S. 204.) Danach hat die Klägerin also nicht Geschäfte der Beklagten geführt und kann mithin nach den Bestimmungen des BGB. § 777 ff. über die Geschäftsführung ohne Auftrag von der Beklagten Ersatz nicht verlangen. (Vgl. Olshausen, Ansprüche der Armenverbände gegen die Krankenkassen nach dem KVG. in der „ArbVers." 1900 S. 460 ff.)"

In direktem Widerspruch hiermit steht das folgende nach der Reichsversicherungsordnung erlassene Urteil der-

*) Siehe Arb. Vers. 1907 S. 724.

Digitized by Google

selben Kammer desselben Gerichtshofs vom 28. Oktober 1916:

„Der Kläger (Bremische Staat) verlangt mit dieser Klage Ersatz seiner Aufwendungen, welche er als auftragloser Geschäftsführer für die Beklagte (Krankenkasse) gemacht habe, indem er die an Tripper und Syphilis erkrankte Kellnerin G. auf Anordnung des Festungskommandanten in Geestemünde zu ihrer Heilung in das Bremerhavener Städtische Krankenhaus einweisen ließ. Danach kommen die Grundsätze über Verpflichtung der Krankenkassen zur Erstattung von Aufwendungen des Landarmenverbandes wegen Hilfsbedürftigkeit des Patienten vorliegend nicht zur Anwendung, sondern nur die der Geschäftsführung ohne Auftrag, zumal der Kläger überhaupt nicht Vertreter des Landarmenverbandes ist. Daß die G. Mitglied der Beklagten war und somit einen Anspruch auf Krankenbehandlung gegen diese hatte, ist nicht bestritten. Beklagte behauptet jedoch, der Kläger habe insofern kein Geschäft für sie besorgt, als er seine eigene Pflicht der Sicherung der öffentlichen Gesundheit habe wahrnehmen und aus sanitätspolizeilichen Gründen handeln wollen. Auch habe die erkrankte G. Krankenhausbehandlung erhalten, die sie, Beklagte, zu gewähren nicht verpflichtet sei.

Daß der Kläger ein Geschäft der Beklagten hat besorgen wollen und besorgt hat, unterliegt keinem Zweifel. Es gehört zu den Obliegenheiten der Beklagten, ihren erkrankten Mitgliedern ärztliche Hilfe zukommen zu lassen. Nach dem Gutachten des Dr. L. war die Krankheit der G. in einem behandlungsbedürftigen und ansteckendem Stadium und hat die Behandlung zu einer vorläufigen Heilung geführt. Daß diese Heilung dem Kläger auch aus sanitätspolizeilichen Gründen erwünscht war, ist belanglos, da auch ein an der Erfüllung der Verpflichtung des Geschäftsherrn Interessierter als Geschäftsführer ohne Auftrag auftreten kann. Der Wille des Klägers, als Geschäftsführer der Beklagten zu handeln, ist aber vorliegend unzweifelhaft zum Ausdruck gekommen, da der Kläger die Beklagte vor der Einweisung der G. in das Krankenhaus brieflich zur Übernahme der Kosten aufgefordert und dies Verlangen auch unter Zuführung der Patientin auf dem Büro der Beklagten vor der Einweisung wiederholt hat. Dieser ausgesprochenen Absicht des Klägers gegenüber ist die Willensrichtung des Arztes bedeutungslos, wenn nur seine Behandlung, wie feststeht, die Heilung in zweckmäßiger Weise bewirkt hat. Die eigene Verpflichtung des Klägers zur Unterbringung der Patientin und zur Heilung auf seine Kosten ist übrigens auch insofern eine nur subsitiäre, als die Polizei ihre sanitätspolizeiliche Pflicht in erster Linie dadurch erfüllen kann, daß sie die zur Heilung Verpflichtete zur Erfüllung dieser Pflicht heranzieht.

Die Heilung der G. im Krankenhause hat aber auch dem Interesse der Beklagten gedient. Denn die Behandlung im Krankenhaus bot die Gewähr dafür, daß die ärztlichen Anordnungen von der G. beobachtet wurden und die schnellste Heilung erzielt wurde. Um so mehr ist dies von Bedeutung, als Personen, welche der Gewerbsunzucht verdächtig sind, wie vielfach die Kellnerinnen, leicht geneigt sind, beim ersten Schwinden der Krankheitssymptome die ärztlichen Anordnungen zu mißachten und der Kasse durch die wieder ausbrechende Krankheit und erneut notwendige Behandlung erhöhte Kosten zu verursachen. Außerdem hebt der Kläger mit Recht hervor, daß der Beklagten viele junge Leute angehören, welche durch etwaigen Geschlechtsverkehr mit der G. hätten angesteckt werden und der Kasse hierdurch ebenfalls Kosten verursachen können.

Allerdings fehlt es an dem anderen Erfordernis des § 683 BGB., an dem Einverständnis der Beklagten als Geschäftsherrin, denn der Kläger hatte die Beklagte vor der Einweisung der G. ins Krankenhaus ersucht, ihre Zustimmung hierzu zu geben, jedoch eine ablehnende Antwort erhalten, wie nicht bestritten wird. Dieses Einverständnis der Beklagten ist aber nicht nötig, wenn, wie im vorliegenden Falle, die Erfüllung der Verpflichtung der Beklagten zur Heilung der G. im öffentlichen Interesse lag. Objektiv hatte allerdings zunächst die G. den Vorteil der erfolgten Heilung, aber ihre Krankheit war ansteckender Art. Da sie des illegitimen Geschlechtsverkehrs verdächtig war, bestand die Gefahr, daß sie, wenn ihre Heilung nicht und nicht im Krankenhause erfolgt wäre, andere Personen ansteckte und somit zum Schaden der öffentlichen Gesundheitspflege wirkte. Auch die Unterbringung im Krankenhaus war eine Pflicht der Beklagten, deren Erfüllung, wie gesagt, im öffentlichen Interesse lag. Die Beklagte beruft sich auf den Wortlaut des § 184 RVO. und behauptet, sie sei berechtigt aber nicht verpflichtet, Krankenhausbehandlung zu gewähren. Aber dieses „kann" im Wortlaute des § 184 RVO. bezieht sich auf das Verhältnis der Beklagten zu ihren Mitgliedern dergestalt daß letztere im allgemeinen kein Recht auf Behandlung im Krankenhause haben, sondern daß diese nach Ermessen der Beklagten gewährt wird. Dies Ermessen ist aber nicht in allen Fällen ein vollkommen freies, sondern wird durch die Bestimmung des vorletzten Absatzes des § 184 RVO., wonach u. a. bei ansteckenden Krankheiten die Krankenkasse möglichst Krankenhauspflege gewähren soll. zu einem pflichtmäßigen. Bei gegebener Möglichkeit ist die Krankenhausbehandlung danach im vorliegenden Falle, wo die Befürchtung der Weiterverbreitung der Krankheit nach dem ärztlichen Gutachten berechtigt war. zur Rechtspflicht der Kasse gemacht, deren Erfüllung eventuell durch die Anrufung der Aufsichtsbehörde erzwungen werden kann. Es liegt auf der Hand, daß diese gesetzliche Vorschrift auch auf sanitätspolizeilichen Gesichtspunkten beruht und ihre Erfüllung durch die Krankenkassen im öffentlichen Interesse liegt, und auch im konkreten Fall bei der Persönlichkeit der Kranken und der darin begründeten Gefahr der Verbreitung der Krankheit im öffentlichen Interesse lag. Die Beklagte hat einen wichtigen Grund. der sie von der Verpflichtung zur Gewährung der Krankenhauspflege befreien könnte, nicht geltend gemacht. Es genügt zu dieser Befreiung nicht die Behauptung, daß es sich in letzter Zeit um eine größere Zahl von behandelten Kellnerinnen gehandelt habe, ohne daß die Leistunasunfähigkeit der Kasse irgendwie behauptet und unter Beweis gestellt ist.

Aus dem schon Gesagten ergibt sich. daß der Kläger die Krankenhausbehandlung der Beklagten und die von ihm gemachten Aufwendungen auch für erforderlich halten durfte, denn gegen die Höhe des Klageanspruchs, bei dem offenbar die niedrigsten Bremerhavener Krankenhaussätze zur Anwendung gebracht sind, sind Einwendungen nicht erhoben. Demgemäß kann der Kläger gemäß § 683 BGB. Ersatz seiner Aufwendungen verlangen und ist der Klageanspruch begründet."

III. Diese neuere Entscheidung verleugnet völlig den in der früheren (nicht einmal mit

Digitized by Google

einem Wort erwähnten) eingenommenen Standpunkt und verkennt die oben unter I. vorgebrachten Gesichtspunkte, die zu einer entgegengesetzten Beurteilung führen. Daß das erste der beiden Urteile auf dem Rechte des Krankenversicherungsgesetzes, das zweite auf dem der Reichsversicherungsordnung fußt, kann das Aufgeben des früher eingenommenen Standpunktes nicht rechtfertigen. Wie nach § 7 KVG., so hat auch nach § 184 RVO. der Versicherte in keinem Fall einen erzwingbaren Rechtsanspruch gegen die Krankenkasse auf Gewährung von Krankenhauspflege, auch nicht in sogenannten dringenden Fällen. Daß die Kasse unter gewissen Voraussetzungen Krankenhauspflege statt der Leistungen aus § 182 RVO. gewähren „kann" (§ 184 Abs. 1), bedeutet, daß der Kasse das Wahlrecht zusteht, und daß sie in gewissen Fällen, „möglichst" Krankenhauspflege gewähren „soll" (Abs. 4), bedeutet zwar, daß sie bei der Ausübung ihres Wahlrechts pflichtmäßig zu verfahren hat, räumt aber auch für diese Fälle dem Versicherten einen eigentlichen, im Spruchverfahren verfolgbaren Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege nicht ein. In diesem Sinne hat das Reichsversicherungsamt entschieden (1935 und 2191 Amtl. Nachr. 1914 S. 818, 1916 S. 478, ArbVers. 1915 S. 179, 1916 S. 564), und es hat weiter auch die andere Frage, ob die Kasse in den Fällen, in denen sie möglichst Krankenhauspflege gewähren „soll", bei an sich unstreitiger Leistungspflicht im Aufsichtswege zur Leistung in dieser Form angehalten werden kann, verneint (2260 Amtl. Nachr. 1916 S. 647, ArbVers. 33 S. 753). Im letzteren Punkte habe ich eine abweichende Ansicht vertreten (Handb. der KrVers. Anm. 3b zu § 184 RVO.; vgl. auch Gründe der Entsch. des sächs. LVA. in „Entsch. u. Mitt. des RVA." 6 S. 399, 401) und bin geneigt, daran festzuhalten. Aber auch von diesem meinem abweichenden Standpunkt aus halte ich es für ausgeschlossen, daß eine andere Behörde, insbesondere ein bürgerliches Gericht, die Aufgabe der Aufsichtsbehörde an sich ziehen und entscheiden dürfte, daß die Voraussetzungen, unter denen die Kasse „möglichst" Krankenhauspflege gewähren „soll", vorgelegen und deshalb eine Rechtspflicht der Kasse zur Leistung der Krankenhilfe in dieser Form bestanden habe. Denn die Fassung des § 184 Abs. 4 will besagen, daß es in Fällen dieser Art nicht nur auf die Feststellung der dort erwähnten Voraussetzungen des Abs. 3 Nr. 1, 2, 4, sondern auch darauf ankommt, ob der Kasse nach der Gesamtheit der obwaltenden Verhältnisse die Gewährung der Krankenhauspflege wohl zugemutet werden kann. Das liegt in dem Worte „möglichst". Es genügt nicht, wie das Bremer Landgericht ersichtlich annimmt, daß die Gewährung der Krankenhauspflege für die Kasse überhaupt im Bereiche der Möglichkeit liegt, sondern es wäre zu erwägen, ob sie dazu ohne unverhältnismäßige Opfer und ohne Schädigung anderer dringlicher Aufgaben imstande ist. Dabei wären die allgemeinen finanziellen Verhältnisse der Kasse, die Häufigkeit gleichartiger oder ähnlicher Fälle und die sich daraus ergebende Belastung für die Kasse, die infolge besonderer Zeitverhältnisse (Krieg, Seuchen usw.) an die Kasse herantretenden oder ihr wahrscheinlich bevorstehenden Ansprüche, gewisse örtliche Verhältnisse, wie Nähe oder Ferne geeigneter Krankenhäuser usw. — alle solche Umstände wären neben den besonderen Umständen des einzelnen Falles mit in Betracht zu ziehen. In diese Verhältnisse einzudringen und danach sich ein Urteil zu bilden, ob der Kasse die Ausübung des ihr nach § 184 grundsätzlich zustehenden Wahlrechts verschränkt und die Gewährung der Krankenhauspflege ausnahmsweise im öffentlichen Interesse auferlegt werden darf, könnte allenfalls Sache der den Verhältnissen der Kasse nahestehenden Aufsichtsbehörde, nicht aber Aufgabe irgendeiner zur Entscheidung über eigentliche Rechtsansprüche berufenen Spruchbehörde sein. Wenn schon die Spruchbehörden der Reichsversicherung sich eine Entscheidung hierüber versagen müssen, so kann sie noch weniger den ordentlichen Gerichten zustehen. Die gegenteilige Annahme, auf der das neuere

Digitized by Google

Urteil des Bremer Landgerichts beruht, stellt sich als eine Grenzverrückung zwischen den Aufgaben der Verwaltung und der Rechtsprechung dar.

Die Frage endlich, ob man von der Erfüllung einer Pflicht der Kasse durch die Polizeibehörde überhaupt reden kann, wenn es sich um eine Leistung handelte, die der Berechtigte gar nicht beantragt und vermutlich sogar entschieden abgelehnt hatte, hat das Landgericht überhaupt nicht erwogen. Die zweite Entscheidung erscheint demnach unhaltbar.

IV. Besonders bei den Gerichten der Hansastädte schweben Prozesse gleicher Art in großer Zahl. Meist gehören sie, nach dem Werte des einzelnen Streitgegenstandes, vor die Amtsgerichte und werden auf Berufung von den Landgerichten entschieden, gegen deren Urteil dann ein weiteres Rechtsmittel nicht zulässig ist. Die Kassen haben aber den begreiflichen Wunsch, die streitige Frage von einer höheren Instanz — vom Oberlandesgericht oder, wenn möglich, vom Reichsgericht — entschieden zu sehen und zu diesem Zwecke einen Rechtsstreit anhängig zu machen, der nach dem Werte des Streitgegenstandes schon in erster Instanz vor die Landgerichte gehören würde. Hiervon geleitet hat eine Kasse beim Landgericht Klage erhoben mit dem Antrage, festzustellen, daß die Polizeibehörde nicht berechtigt ist, geschlechtskranke Kassenmitglieder der Klägerin ohne vorherige Benachrichtigung und Zustimmung der Klägerin in Krankenhäusern verpflegen zu lassen und Erstattung der aus solcher Krankenhausbehandlung erwachsenen Kosten von der Klägerin zu fordern . . . selbst wenn die Krankenhausbehandlung zum Zwecke der Heilung erforderlich ist.

Leider kann diesem Schritte der Kasse ein Erfolg nicht beschieden sein. Auf Feststellung „des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses" kann nach § 256 der Zivilprozeßordnung Klage erhoben werden, wenn der Kläger ein rechtliches Interesse daran hat, daß „das Rechtsverhältnis" alsbald festgestellt werde. Der Wortfassung wie ihrem Sinn und Zwecke nach setzt diese Vorschrift ein *bestimmtes* Rechtsverhältnis als streitig voraus. Nicht zulässig aber ist es, ohne Anknüpfung an einen bestimmten Tatbestand und ein sich daraus ergebendes Rechtsverhältnis, lediglich für den Fall, daß in Zukunft Tatbestände gewisser Art sich wieder ereignen sollten, die Entscheidung der dabei in Betracht kommenden Rechtsfragen zu verlangen. Solche Klagen auf Feststellung eines allgemeinen *Rechtssatzes* hat das Reichsgericht mit Recht als unbegründet abgewiesen (Entsch. in Zivils. 6 S. 385, 387 und 18 S. 172 Ziff. 6).

Die einzige Möglichkeit, die Rechtsfrage vor eine höhere Instanz zu bringen, scheint in der Verbindung von mehreren, bei demselben Amtsgericht anhängigen Streitsachen zu bestehen. Das Gericht kann nach § 147 der Zivilprozeßordnung eine solche Verbindung anordnen, wenn die Ansprüche, welche den Gegenstand der mehreren Prozesse bilden, in einer Klage hätten geltend gemacht werden können. Diese Voraussetzung ist nach § 260 a. a. O. gegeben, wenn mehrere Ansprüche zwischen denselben Parteien in Frage stehen und für sämtliche dasselbe Amtsgericht zuständig ist. Ergibt sich aus solcher Verbindung durch Zusammenrechnung (§ 5 a. a. O.), daß der Gesamtstreitwert mehr als 600 *M* beträgt und somit die Zuständigkeit des Amtsgerichts übersteigt (§ 23 des Gerichtsverfassungsges. nach der Nov. vom 1. Juni 1909), so hat das Amtsgericht *auf Antrag des Klägers* die Sache an das Landgericht zu verweisen (§ 505 der Zivilprozeßordg.); andernfalls müßte sich das Amtsgericht durch Urteil für unzuständig erklären.

Digitized by Google

Arznei im Sinne der Reichsversicherungsordnung.

(Erwiderung auf den Aufsatz im Heft 34 der Arb.-Vers. von 1916). *)

Der Gedanke, daß alle dem freien Verkehr überlassenen Heilmittel aus dem Begriff „Arznei" im Sinne der Krankenversicherung auszuscheiden haben, auch wenn diese Mittel in Apotheken verabfolgt werden, kann nur theoretisch ausgesprochen werden. Wer das Gebiet aus eigener Praxis kennt, wer weiß, wie viele und verschiedenartige Heilmittel heutzutage auch außerhalb der Apotheken verkauft werden dürfen, und welche äußeren, rein formellen Gesichtspunkte für die Freiverkäuflichkeit oder Nichtfreiverkäuflichkeit eines Arzneimittels oft entscheidend sind, der wird jene Annahme von vornherein als unhaltbar ablehnen. Was der Verfasser zu ihrer Begründung anführt, ist gewiß zu seinem Zwecke scharfsinnig zusammengestellt, aber es kann einer eingehenden Prüfung nicht standhalten.

1. Der Verfasser weist zunächst ganz richtig darauf hin, daß der Apotheker als Arzneibereiter und -lieferer an die Stelle des Arztes getreten ist und nun mit seiner Kunst, seiner Kenntnis und Erfahrung für die Güte der Arznei eintritt. Aber die Entwickelung ist — leider — dabei nicht stehen geblieben. Man hat später einen erheblichen Teil der Arzneimittel dem allgemeinen Verkehr freigegeben. Sollen diese nun mit einem Male aufgehört haben, Arznei zu sein, obwohl sie doch bis zum Augenblicke ihrer Freigabe unbestritten dazu gehörten? Es stehen sich bei der Begriffsbestimmung der Arzneien zwei Auffassungen gegenüber, die medizinisch-therapeutische und die medizinalpolizeiliche. Entweder man legt, wie wir es getan, den Nachdruck auf die therapeutische Seite, mithin auf die Zweckbestimmung eines Mittels; dann muß der äußere Umstand, ob es dem freien Verkehr entzogen oder überlassen ist, als ganz unerheblich ausscheiden. Oder man geht mit dem Verfasser von medizinalpolizeilichen Erwägungen aus und macht die durch die Apotheke geleistete Gewähr für die Güte eines Mittels zur Voraussetzung des Arzneibegriffs; dann müßte man aber folgerichtig jedes in einer Apotheke unter Gewähr für Güte verabfolgte Heilmittel als Arznei ansehen, mag es rein rechtlich dem freien Verkehr entzogen sein oder nicht. Denn die Garantieverpflichtung des Apothekers ist nicht auf seine Monopolwaren beschränkt, sondern gilt auch für die von ihm verabfolgten freigegebenen Mittel. Letztere würden somit auch bei dieser Theorie nur dann aus dem Arzneibegriff ausscheiden, wenn sie von anderen Verkaufsstellen entnommen werden. Das entscheidende Moment würde somit in der Bezugsquelle liegen, indem nur die Apotheke eine „Arznei" zu liefern imstande wäre.

2. Der Verfasser geht aber erheblich weiter und führt zur Begründung seines Standpunktes an: der Gesetzgeber habe durch die Freigabe bestimmter Arzneimittel zu erkennen gegeben, daß für ihren Bezug die Gewährleistung durch einen Apotheker nicht von wesentlicher Bedeutung sei. Mithin könnten diese nicht mehr als „Arzneien" gelten. Auch hier widersprechen sich Theorie und Wirklichkeit.

Dadurch, daß die Kaiserl. Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln infolge ihres negativen Systems nur die dem freien Verkehr entzogenen Mittel anführt, sind die meisten neu in den Verkehr gelangenden chemischen Präparate von vornherein dem freien Verkehr überlassen. Das sind aber alles Mittel, die der Gesetzgeber bei Erlaß der Verordnung noch gar nicht kannte, weil sie damals noch nicht existierten, und bezüglich deren er daher überhaupt nicht der Ansicht

*) Die „Pharmazeutische Zeitung" druckt in ihrer Nr. 3 vom 10. Januar 1917 unseren Aufsatz, nur mit Weglassung der einleitenden Bemerkungen, ab und setzt ihm die vorliegenden Ausführungen entgegen, die wir zur Klärung der Frage unseren Lesern nicht vorenthalten zu dürfen glauben.

Digitized by Google

sein konnte, daß bei ihnen die Garantiegewährung durch den Apotheker nicht erforderlich sei.

Aber auch mit dieser Gewährleistung verhält es sich nicht mehr so, wie es früher einmal war. Es gibt eine ganze Reihe von Arzneimitteln, für die auch der Apotheker, weil sie nach geheimen Verfahren in Fabriken gebrauchsfertig hergestellt werden, keine Gewähr mehr übernehmen kann, die er aber gleichwohl verkaufen darf (Urteil des Kammergerichts vom 2. März 1905, Pharm. Ztg. 1905, Nr. 67). Zu diesen Mitteln gehören auch zahlreiche nicht freigegebene. Es zeigt sich somit, daß zwischen der durch die Apotheke gebotenen Gewährleistung für die Güte eines Heilmittels und seiner Rechtsstellung im Arzneiverkehr der vom Verfasser angenommene Zusammenhang in Wirklichkeit nicht besteht. Damit bleibt aber für die auf jenen angeblichen Zusammenhang gegründete Heranziehung der Kaiserl. Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln für die Bestimmung des Arzneibegriffs — eine Auffassung, die das Oberverwaltungsgericht schon in dem Urteil vom 17. Dezember 1894 verworfen hat — kein Raum mehr. Aber auch die Garantieleistung durch den Apotheker erscheint, da sie bei den vielen sog. Patentarzneien nicht mehr unbeschränkt besteht, kaum noch als geeignetes Kriterium. Als solches bleibt somit nur noch das therapeutische Moment, d. h. die Zweckbestimmung, die normalerweise ein Mittel hat.

Nur diese Auffassung bildet eine natürliche Grundlage zur Beurteilung des Arzneibegriffs. Jede andere ist mehr oder weniger willkürlich. Denn mit ganz ähnlichen Erwägungen, wie sie der Verfasser anstellt, könnte man auch noch einen Schritt weitergehen und den Begriff „Arznei" sogar auf diejenigen Mittel beschränken, die der Apotheker nur gegen ärztliches Rezept abgeben darf, indem man die Verordnung durch einen Arzt als notwendige Voraussetzung eines Arzneimittels erklärt und daher alle die Mittel ausscheidet, bei denen nach der Bestimmung des Gesetzgebers die ärztliche Verordnung nicht „von wesentlicher Bedeutung" ist. Dann würden als Arznei nur die in den Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel angeführten Artikel übrigbleiben, eine Konsequenz, die zu ziehen wohl auch der Verfasser ablehnen wird.

3. Es kann leicht der Beweis geführt werden, daß die Gesetzgebung da, wo sie von „Arzneien" oder „Arzneimitteln" spricht, keineswegs nur die dem freien Verkehr entzogenen Mittel im Auge hat. Das gilt zunächst für den § 59, 9 Gew.-Ordnung, wonach vom Ankauf und Feilbieten im Umherziehen auch „Arzneimittel" ausgeschlossen sind. Hierzu hat die gesamte moderne Rechtsprechung, abweichend von vereinzelten früheren Auffassungen, sich auf den Standpunkt gestellt, daß darunter alle Arzneimittel, auch die freigegebenen, zu verstehen sind. Dieselbe Ansicht ergibt sich ferner daraus, daß das Deutsche Arzneibuch und die Deutsche Arzneitaxe zahlreiche dem freien Verkehr überlassene Artikel aufführen, daß ersteres in seiner Vorrede (Seite XI) den „Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken" erwähnt, daß auch die sämtlichen preußischen Ministerial- und Polizeiverordnungen über den Betrieb der Drogenhandlungen den gleichen Ausdruck gebrauchen, und daß der § 367, 3 des Strafgesetzbuches sogar von „Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist" spricht. Das Strafgesetzbuch nimmt also an, daß ein Teil der „Arzneien" dem allgemeinen Verkehr freigegeben ist.

4. Wenn somit die gesamte Gesetzgebung in die Begriffe Arzneimittel und Arznei auch die freigegebenen Heilmittel einbezieht, so Reichsversicherungsordnung von vornherein wäre eine abweichende Auslegung für die nur dann berechtigt, wenn dazu die Wortfassung oder andere Gründe zwängen. Aber das gerade Gegenteil ist der Fall.

In § 182 bei der Definierung der „Krankenpflege" unterscheidet die RVO. zwischen „Arznei" einerseits und „Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln" anderseits. Schon diese Gruppierung weist darauf hin, daß unter den „kleineren Heil-

Digitized by Google

mitteln" nicht die freigegebenen Arzneimittel, sondern zunächst Mittel gemeint sind, die den unmittelbar vorher genannten Brillen und Bruchbändern nahe stehen, also in erster Linie mechanische Hilfsmittel. Das Wort „kleinere" wäre sonst unverständlich. Es kommt hinzu, daß die „Arznei" unbeschränkt zu gewähren ist, für die „kleineren Heilmittel" aber gemäß § 193 RVO. ein Höchstbetrag festgesetzt werden darf. Wenn nun zu letzteren auch die freigegebenen Arzneimittel gehören sollten und „Arznei" nur die Monopolartikel der Apotheken wären, dann hätte der Patient, dem der Arzt eine Monopolarznei verordnet, unbeschränkten Anspruch darauf, derjenige aber, der, bei vielleicht gleicher Krankheit, mit einem freigegebenen Arzneimittel behandelt wird, nur bis zu dem von der Satzung bestimmten Höchstbetrage. Das wäre ein höchst merkwürdiges Ergebnis.

Jeden Zweifel, was unter „Arznei" im Sinne der RVO. gemeint ist, muß aber der § 375 beseitigen. Der Verfasser versucht zwar, gerade diesen Paragraphen für seine Auffassung geltend zu machen, indem er einen Gegensatz zwischen der (nicht freigegebenen) „Arznei" und den dem freien Verkehr überlassenen „Arzneimitteln" konstruiert. „Mit Unrecht." Ganz davon abgesehen, daß er damit zwei dem Wortsinn und der Herleitung nach zusammengehörige Begriffe grundlos trennt, widerspricht die Konstruktion des Paragraphen einer solchen Auslegung. Der Paragraph kann nach dem natürlichen Sprachgefühl nur so verstanden werden: Der Kassenvorstand darf wegen Lieferung der Arznei mit Apothekern oder auch mit anderen Personen Vorzugsbedingungen vereinbaren, in letzterem Falle natürlich nur, soweit es sich bei dieser Arzneilieferung um die freigegebenen Arzneimittel handelt. Der Begriff „Lieferung der Arznei" bezieht sich somit gemeinsam auf Apotheker und andere Personen, und die freigegebenen Arzneimittel sind nur als eine Unterart der Arznei hervorgehoben. Das beweist auch die Entstehungsgeschichte des Paragraphen. Der Hinweis auf die freigegebenen Mittel und die „anderen Personen" war im Entwurf nicht enthalten. Er wurde erst durch die Reichstagskommission hineingebracht, weil man nicht den Apothekern einen Anspruch auf alleinige Lieferung aller Arzneimittel, auch der freigegebenen, geben wollte. Wenn unter „Arznei" nur die Monopolartikel der Apotheken zu verstehen wären, hätte aber ein solcher Anspruch aus der Fassung des Entwurfs gar nicht herausgelesen werden können, und der Zusatz wäre überflüssig gewesen.

Alle Überlegungen sprechen somit dafür, daß der Begriff „Arznei" in den §§ 182 und 375 RVO. auch die freigegebenen Arzneimittel umfaßt. Für diese unsere Auffassung kann auch ein schlagender amtlicher Beweis erbracht werden. In dem vom Reichskanzler unter dem 9. Oktober 1913 bekanntgegebenen, vom Bundesrat vorgeschriebenen Formular für die Rechnungslegung der Krankenkassen sind für die Arzneiausgaben zwei getrennte Rubriken vorgesehen:

„a) Arznei und sonstige Heilmittel aus Apotheken.

b) Sonstige Arznei und Heilmittel."

Also auch sonstige, d. h. nicht aus Apotheken stammende, mithin dem freien Verkehr überlassene Mittel werden hier vom Bundesrat als „Arznei" bezeichnet.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Geltendmachung von Ansprüchen vor den Versicherungsbehörden während des Krieges durch Personen mit Wohnsitz im Auslande.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Juli 1916 (2924 Amtl. Nachr. 1916 S. 775).

Der Rekurs ist, entgegen dem Vermerk am Schlusse des angefochtenen Urteils, als zulässig zu erachten, da es sich bei der Herabsetzung der vom Kläger wegen der Folgen des Unfalls vom 28. Juni 1907 zunächst bezogenen Vollrente um die erste Feststellung der Dauerrente handelt. Die Rente von 80 v. H., auf welche die Berufsgenossenschaft die Entschädigung gemindert hat, ist im Endbescheid ausdrücklich als Dauerrente bezeichnet; das Oberversicherungsamt, das an Stelle dieses Rentensatzes eine Rente von 90 v. H. gesetzt hat, hat diese Rente nicht näher bezeichnet, konnte aber ebensowenig wie die Berufsgenossenschaft eine andere als die Dauerrente festsetzen, da seit dem Unfall mehr als zwei Jahre vergangen waren.

Im Hinblick darauf, daß der Kläger seinen Wohnsitz in Esch in Luxemburg, und zwar schon seit der Zeit vor dem Unfall hat, fragt es sich aber, ob nicht die Vorschrift des § 1 Abs. 1 der Bekanntmachung über die Geltendmachung von Ansprüchen von Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz haben, vom 7. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 360) Anwendung zu finden hat. Sie lautet: „Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz haben, ... können vermögensrechtliche Ansprüche, die vor dem 31. Juli 1914 entstanden sind, bis zum 31. Oktober 1914 vor inländischen Gerichten nicht geltend machen. Ist ein Anspruch vor dem Inkrafttreten dieser Vorschrift bereits rechtshängig geworden, so wird das Verfahren bis zum 31. Oktober 1914 unterbrochen." Die Wirksamkeit dieser Bekanntmachung ist durch Bekanntmachung vom 22. Oktober 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 449) auf einige weitere Monate und sodann fortlaufend durch die Bekanntmachungen vom 21. Januar 1915, 22. April 1915, 22. Juli 1915, 21. Oktober 1915, 6. Januar 1916 und 13. April 1916 (Reichs-Gesetzbl. 1915 S. 31, 236, 451, 679; 1916 S. 1, 273) ausgedehnt worden, durch die letzterwähnte, der voraussichtlich entsprechende weitere Bekanntmachungen nachfolgen werden, bis zum 31. Juli 1916.

Der Endbescheid vom 12. Mai 1914 ist gemäß § 1610 RVO. ohne vorhergehenden Bescheid und Einspruch erteilt worden. Als die Bekanntmachung vom 7. August 1914 in Kraft trat, was nach § 4 am Tage der Verkündung geschah, schwebte das Verfahren in der Berufungsinstanz, die in dem Termine vom 9. Juli 1914 die Beiziehung eines ärztlichen Gutachtens beschlossen hatte. Dieses wurde von dem Sachverständigen unter dem 20. August 1914 erstattet; das Urteil des Oberversicherungsamts ist am 2. Januar 1915 ergangen. Das Oberversicherungsamt hätte aber nicht entscheiden dürfen, das Verfahren vielmehr nach Eingang des ärztlichen Gutachtens aussetzen müssen, wenn der vom Kläger mit der Berufung gegen den Herabsetzungsbescheid verfolgte Anspruch als ein vor einem inländischen Gericht geltend gemachter vermögensrechtlicher Anspruch im Sinne des § 1 Abs. 1 der Bekanntmachung vom 7. August 1914 anzusehen war. Dies war der Fall. Daß der von einem Unfallverletzten gegenüber dem Versicherungsträger erhobene Anspruch auf eine höhere Entschädigung als die vom Versicherungsträger festgesetzte ein vermögensrechtlicher ist, kann keinem Zweifel unterliegen. Weiter ist davon auszugehen, daß die Behörden der Reichsversicherung, soweit sie im Spruchverfahren tätig werden, rechtsprechende Instanzen, d. h. Gerichte im weiteren Sinne, sind. Zweifelhaft kann lediglich erscheinen, ob der Begriff „inländische Gerichte" in der erwähnten Bekanntmachung in einem weiteren, die Spruchinstanzen der Reichsversicherung einschließenden Sinne gefaßt oder ob hierbei nur an die ordentlichen Gerichte gedacht ist. Zu einer einschränkenden Auslegung in letzterem Sinne würde es an jedem sachlichen Grunde fehlen; denn die Gründe, aus denen während des Krieges den im Ausland wohnenden Personen die Möglichkeit entzogen ist, vermögensrechtliche Ansprüche vor den ordentlichen Gerichten zu verfolgen, greifen in demselben Maße auch bezüglich der Ansprüche durch, die, obwohl ebenfalls vermögensrechtlicher Natur, nach der Gesetzgebung vor besonderen Spruchinstanzen geltend zu machen sind. Dazu kommt die Erwägung, daß, wenn eine Beschränkung auf die ordentlichen Gerichte hätte Platz greifen sollen, dies nach dem Gebrauche der in der Gesetzessprache von den in Betracht kommenden Bezeichnungen gemacht wird, zum entsprechenden Ausdruck gekommen wäre. Dies ist um so mehr anzunehmen, als in einer anderen auf Grund des Gesetzes vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) erlassenen Bekanntmachung — derjenigen über die Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung einer Geldforderung, vom 18. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 377) — der Ausdruck „ordentliche Gerichte" ausdrücklich gebraucht ist, die Bekanntmachung nämlich nur für anwendbar erklärt ist auf bürgerliche Rechtsstreitigkeiten, die bei den ordentlichen Gerichten anhängig sind oder anhängig werden. Dieser in die Augen springende Unterschied in der vom Gesetzgeber gewählten Bezeichnung der in Betracht kommenden Instanzen läßt bezüglich der Vorschrift des § 1

Digitized by Google

Abs. 1 der Bekanntmachung vom 7. August 1914 keine andere Auslegung zu, als die oben erwähnte, wonach als „inländische Gerichte" auch die Spruchinstanzen der Reichsversicherung zu verstehen sind.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um einen Anspruch, der vor dem Inkrafttreten dieser Vorschrift bereits rechtshängig geworden war. Das vor dem Oberversicherungsamte zur Zeit des Inkrafttretens schwebende Verfahren wurde daher nach Satz 2 der Vorschrift unterbrochen. Wenn das Oberversicherungsamt dennoch das Verfahren weitergeführt, d. h. einen neuen Verhandlungstermin anberaumt und in diesem über die Berufung sachlich entschieden hat, so liegt hierin ein wesentlicher Mangel des Verfahrens, der die Zurückverweisung der Sache an die Vorinstanz rechtfertigt und nach Lage der Sache zur Zurückverweisung unter Aufhebung des angefochtenen Urteils führen mußte. Eine anderweitige Verhandlung vor dem Oberversicherungsamte kann erst stattfinden, wenn die Unterbrechung des Verfahrens beendet ist.

Versicherungspflicht der Arbeiter aus dem Königreich Polen.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 2. Dezember 1916 (2929 Amtl. Nachr. 1916 S. 781).

Seit dem 5. November 1916, dem Tage der Errichtung des Königreichs Polen, können die bisherigen russisch-polnischen Arbeiter nicht mehr als Angehörige eines feindlichen Staates angesehen werden. Demnach sind sie, soweit sie in Deutschland leben, versicherungsrechtlich auch nicht mehr als unfrei zu betrachten; sie unterliegen daher nunmehr der deutschen Sozialversicherung. Eine Änderung ist damit übrigens nur für die seit Kriegsbeginn in Deutschland verbliebenen russisch-polnischen Arbeiter eingetreten; denn soweit sie später zur Arbeit hierher gekommen sind, fielen sie nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auch bisher schon unter die Versicherung (zu vgl. die grundsätzl. Rekursentsch. 2877, Amtl. Nachr. 1916 S. 497).

Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Ruhen der Unfallrente im Ausland und den Ausschluß des Anspruchs auf Hinterbliebenenrente (§§ 596, 615 Abs. 1 Nr. 3) gelten für die in Betracht kommenden Personen nicht, denn diese Vorschriften sind bereits durch den Bundesratsbeschluß vom 14. Juni 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 515, Amtl. Nachr. 1916 S. 532) zugunsten derjenigen Ausländer und ihrer Hinterbliebenen außer Kraft gesetzt worden, die vor ihrer Beschäftigung im Inland ihren letzten gewöhnlichen Aufenthalt in Russisch-Polen hatten. Dieser Beschluß kommt jetzt auch den bereits seit Kriegsbeginn in Deutschland befindlichen Polen zugute, da er in der Regel auch auf sie zutreffen wird.

B. Zur Krankenversicherung.

Krankenversicherung von Arbeitern im Auslande.

Ausführungsbestimmungen des **preuß. Kriegsministeriums** vom 20. Januar 1917 (— HMBl. S. 51 — zur Verordnung vom 14. 12. 16, RGBl. S. 1383).

Vorbemerkungen.*)

1. Personen, die im Ausland für Zwecke des deutschen Heeres von deutschen Behörden und Unternehmern im privatrechtlichen Dienstverhältnis beschäftigt sind, wurden bisher von der reichsgesetzlichen Krankenversicherung nicht erfaßt. Wo sie von den heimatlichen Krankenkassen als Mitglieder aufgenommen worden sind, geschah dies ohne gesetzliche Grundlage.

2. Durch die als Anlage A abgedruckte Verordnung des Bundesrats vom 14. Dezember 1916 wird die Krankenversicherung vom 15. Januar 1917 an für die weitere Dauer des Krieges im allgemeinen dahin geregelt, daß die genannten Personen der Versicherung unterliegen, wenn die gleiche Beschäftigung sie im Inland versicherungspflichtig machen würde. Für die Versicherung kommen unter den Voraussetzungen in Ziffer 1 nicht nur Deutsche, sondern auch Angehörige der verbündeten und neutralen Staaten in Betracht, wenn die Beschäftigung außerhalb ihres Heimatstaats stattfindet. Die Angehörigen feindlicher Staaten bleiben von der Versicherung ausgeschlossen, für sie besteht eine im Verwaltungswege besonders geregelte Fürsorge in Krankheitsfällen.

3. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und Dienstboten sind versicherungspflichtig ohne Rücksicht auf die Höhe des von ihnen erzielten Entgelts, Betriebsbeamte, Werkmeister und Angestellte in ähnlich gehobener Stellung jedoch nur, solange ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 ℳ an Entgelt nicht übersteigt. Machen sie von dem Rechte der freiwilligen Versicherung Gebrauch, dann haben sie die Beiträge aus eigenen Mitteln aufzubringen.

4. Die Durchführung der „Krankenhilfe" (d. h. Gewährung von Krankenpflege oder Krankenhauspflege und Krankengeld, Hausgeld oder erhöhtem Krankengeld — letzteres bei Unfällen zahlbar —) übernimmt die Heeresverwaltung gegen Erstattung der Kosten, soweit in Einzelfällen nicht mit den Krankenkassen andere Vereinbarungen getroffen werden (vergl. nachfolgende Ziffer 3). Wo die Satzungen der Krankenkassen auch für die Angehörigen der Versicherten Leistungen (Familienhilfe) vorsehen, sind diese von den Kassen den Berechtigten unmittelbar zu verabfolgen.

*) Von den nachstehend erwähnten „Anlagen" wird nur die Anlage D hier mit abgedruckt. Die als Anlage A bezeichnete Verordnung vom 14. Dezember 1916 ist im Heft 1 der ArbVers. v. 1917 S. 9 mitgeteilt.

Digitized by Google

Anordnungen.

Zur Durchführung der Verordnung wird für den Bereich der Heeresverwaltung im Einvernehmen mit dem Herrn Reichskanzler bestimmt:

I. Beschäftigung in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland.

A. Versicherte, die von deutschen **Unternehmern** für Zwecke der Heeresverwaltung beschäftigt werden.

Zu § 2 Abs. 3.

1. Die Genehmigung ist von der Dienststelle zu erteilen, in deren Auftrag der Unternehmer die Arbeiten ausführt.

Zu §§ 4 und 5.

2. Für die Vermittelung der nach § 5 von der Heeresverwaltung zu gewährenden „Krankenhilfe" (Krankenpflege und Krankengeld) ist die Dienststelle zuständig, unter deren örtlicher Aufsicht der Unternehmer die Arbeiten ausführt.

Sie hat von der nach § 2 zuständigen Krankenkasse eine schriftliche Anleitung darüber einzufordern, in welchem Umfang den Versicherten Leistungen (ausschließlich Familienhilfe — Vorbemerkung 4 —) für eigene Rechnung der Kasse gewährt werden sollen. Insbesondere ist festzustellen, wie der Grundlohn (§ 4) nach dem wirklichen Arbeitsverdienste festgelegt werden soll, welcher Teil des Grundlohns als Kranken- oder Hausgeld (erhöhtes Krankengeld bei Unfällen) zu zahlen ist, von welchem Krankheitstag an und für welche Tage (Arbeitstage oder auch Sonn- und Festtage) diese Leistungen zuständig sind.

3. Die Durchführung der „Krankenpflege" hat nach folgenden Gesichtspunkten zu geschehen:

a) Die Regelung der ärztlichen (zahnärztlichen) Behandlung im Revier oder Lazarett (Krankenhaus) übernimmt die für den Beschäftigungsbereich des Erkrankten zuständige Sanitätsdienststelle (Armee- und Etappenarzt).

b) Die Ausübung des ärztlichen Dienstes ist Sache der mit dem Erkrankten am gleichen oder nächstgelegen Orte befindlichen Ärzte (Zahnärzte) des Heeres.

c) Die Überweisung der Erkrankten erfolgt in allen Fällen mit einem nach Anlage B auszustellenden Ausweis durch die in Ziffer 2 bezeichnete Stelle, im Notfall durch den bei der Arbeit die Aufsicht Führenden unmittelbar.

d) Für eine etwa erforderlich werdende Lazarettaufnahme kommen die Sanitätsanstalten des Heeres, zutreffendenfalls Privatkrankenhäuser, in Betracht. Für die Aufnahme, die Behandlung, Verpflegung, Krankenblattführung usw., die Entlassung nach beendeter Krankenbehandlung sowie die Überführung in ein Krankenhaus des Inlandes (§ 5 Abs. 2 der Anlage A) gelten die Bestimmungen für Heeresangehörige sinngemäß.

e) Die Überführung in das Inland erfolgt, wenn aus militärischen Gründen oder mit Rücksicht auf die Art der Erkrankung geeignete Krankenpflege im Ausland nicht gewährt werden kann. Die Krankenkasse ist hiervon durch die Dienststelle (Ziffer 2) zu benachrichtigen. Mit dem Eintreffen im neuen Aufenthaltsort übernimmt die Kasse die weitere „Krankenhilfe". Abschrift des abgeschlossenen Ausweises — Anlage B — ist ihr zuzustellen, auf Verlangen auch Abschrift oder Auszug vom Krankenblatt.

f) Wird es erforderlich, mit Krankenkassen Vereinbarungen zu treffen, die von den Bestimmungen im § 5 der Anlage A oder den vorstehenden Vorschriften wesentlich abweichen, oder legt eine Kasse Wert darauf, die Krankenhilfe ganz oder teilweise selbst zu übernehmen, dann ist dem Kriegsministerium — Waffen- und Munitions-Beschaffungs-Amt, Verwaltungs-Inspektion IV — von den Sanitätsdienststellen (Ziffer 3a) im Benehmen mit der Intendantur (Ziffer 6) zu berichten und Entscheidung abzuwarten.

4. Die „Krankenpflege" umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Die Kosten hierfür gelten durch die nach § 5 von der Krankenkasse zu erstattenden Teile des Grundlohns als abgegolten, ebenso etwaige Kosten, die durch Beförderung eines Erkrankten in ein Lazarett (Krankenhaus) im Ausland entstehen. Größere Heilmittel sind nur mit Einverständnis der Krankenkasse zu gewähren und ihr die Kosten hierfür besonders in Rechnung zu stellen.

5. Die für Durchführung der Krankenpflege (Krankenhauspflege) entstehenden Ausgaben werden an der Stelle verrechnet, an der die Dienststelle, die die Pflege gewährt, ihre sonstigen Ausgaben nachweist. Dagegen sind die baren Auslagen für Kranken- und Hausgeld (erhöhtes Krankengeld), die Kosten für Überführung Erkrankter in das Inland, für größere Heilmittel und sonstige im Einverständnis mit der Krankenkasse geleistete Ausgaben von der vermittelnden Dienststelle (Ziffer 2) zunächst vorschußweise zu verausgaben. Haben andere Dienststellen derartige Ausgaben geleistet, dann sind sie auf dem kürzesten Wege bei der Dienststelle (Ziffer 2) zur Erstattung anzufordern.

6. Die Dienststelle (Ziffer 2) fertigt allmonatlich über die vorgekommenen und endgültig abgeschlossenen Leistungsfälle einen Forderungsnachweis nach Anlage C an und reicht ihn bis 10. des folgenden Monats der zuständigen Etappenintendantur in zweifacher Ausfertigung ein. In Zweifelsfällen bestimmt der Generalintendant eine Intendantur.

7. Die Intendantur prüft die Vorlage mit möglichster Beschleunigung, stellt alle Forderungsnachweise ihres Bereichs zusammen, übersendet die Zusammenstellung mit einer Ausfertigung der Forderungsnachweise und den zugehörigen Belegen der Krankenkasse und zieht den Betrag in einer Summe von ihr ein. Die von den Dienststellen (Ziffer 2) vorschußweise gezahlten Beträge (Spalte 28 der Anlage C) werden diesen gutgeschrieben, die sonstigen Aufwendungen (Spalte 18) dem Einnahmekapitel 9 des Kriegsjahrsetats zugeführt.

8. Die Intendanturen (Ziffer 6) werden ermächtigt, mit den Krankenkassen über die Art der Anforderung der Krankenhilfekosten Vereinbarungen zu treffen, die auf eine Vereinfachung des Geschäftsverkehrs abzielen. Die Dienststellen (Ziffer 2) können auch im Einverständnis mit der Krankenkasse und dem Unternehmer von der Intendantur beauftragt werden, die von diesem zu leistenden Versicherungsbeiträge auf Grund besonderer Nachweisungen in Empfang zu nehmen, hieraus die von ihnen vorschußweise geleisteten Teile der Krankenhilfekosten zu decken und den Rest der Intendantur (Ziffer 6) bei Vorlage des monatlichen Forderungsnachweises zur Einziehung anzubieten. Die weiteren Maßnahmen trifft die Intendantur.

B. Versicherte, die in einem **unmittelbaren** Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung stehen.

Zu § 8.

9. Die Vorschriften in den §§ 1—7 der Anlage A

Digitized by Google

finden auch auf die in einem unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung stehenden Versicherungspflichtigen Anwendung. Die Bestimmungen in den Ziffern 1—8 gelten sinngemäß unter Berücksichtigung nachstehender Anordnungen:

a) Die Versicherten sind — abgesehen von den Fällen in Ziffer 9c — bei einer Betriebskrankenkasse der Heeresverwaltung im Inland anzumelden, und zwar die im Westen beschäftigten bei der Betriebskrankenkasse der Artilleriewerkstatt in Lippstadt, die im Osten beschäftigten bei der Betriebskrankenkasse der Fortifikation Posen-Ost, im übrigen, namentlich in Zweifelsfällen über die Zuständigkeit, bei der Betriebskrankenkasse beim Bekleidungsamte des Gardekorps in Berlin.

b) Besondere Betriebskrankenkassen (§ 3) werden für die Heeresverwaltung im Ausland nur errichtet, wo die Verhältnisse dies als besonders vorteilhaft erscheinen lassen. Die Genehmigung behält sich das Kriegsministerium — Waffen- und Munitions-Beschaffungs-Amt, Verwaltungs-Inspektion IV — für den Einzelfall vor.

c) Sind beim Inkrafttreten der Verordnung die von einer militärischen Dienststelle beschäftigten Versicherungspflichtigen bereits bei einer anderen Krankenkasse angemeldet, dann kann die Versicherung im Einverständnis mit der Kasse bei dieser fortgesetzt werden.

d) Ist die Einweisung der im unmittelbaren Dienste der Heeresverwaltung stehenden Personen in eine heimatliche Krankenkasse nach Ansicht der beschäftigenden Dienststelle aus dienstlichen oder örtlichen Rücksichten schwer durchführbar und die Errichtung einer Betriebskrankenkasse im Ausland nicht zu empfehlen, dann wird den an sich Versicherungspflichtigen (Vorbemerkung 3) eine Krankenfürsorge gewährt, wie sie in Anlage D näher beschrieben ist.

II. Personen, die in dem nicht von deutschen Truppen besetzten Ausland beschäftigt werden (§ 8 letzter Teil).

10. Sollte es notwendig oder wünschenswert sein, in die Krankenversicherung auch Personen einzubeziehen, die in dem nicht von deutschen Truppen besetzten Ausland von deutschen Unternehmern oder Behörden für Zwecke des deutschen Heeres oder für gleiche Zwecke einer verbündeten Macht mit versicherungspflichtiger Arbeit beschäftigt werden, dann ist ein bezüglicher Antrag von den beschäftigenden Dienststellen auf dem Dienstwege möglichst bald vorzulegen.

11. Unterbleibt die Versicherung, dann sind die im unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung stehenden, an sich versicherungspflichtigen Personen nach Ziffer 9d in Krankenfürsorge zu nehmen.

III. Schlußbestimmung.

12. Entsteht zwischen den militärischen Dienststellen und den Krankenkassen Streit über Ersatzansprüche (§ 5 Abs. 4 der Anlage A), der nicht auf gütlichem Wege ausgetragen werden kann, dann ist vor Einleitung des Streitverfahrens der in Ziffer 9b bezeichneten Stelle zu berichten und weitere Weisung abzuwarten.

13. Hatte die Heeresverwaltung vor Inkrafttreten der Verordnung die Gewährung von „Krankenhilfe" — Ziffer 2 — für Personen übernommen, die in ihren eigenen oder in Diensten von Unternehmern standen und bei heimatlichen Krankenkassen versichert waren — Vorbemerkung 1 —, dann sind die Kosten hierfür nach Ziffer 6 zur Erstattung anzufordern. Bestanden hierüber andere Abmachungen mit den Krankenkassen, dann ist für die vor dem 15. Januar 1917 liegende Zeit nach diesen zu verfahren.

Krankenfürsorge

für Personen, die im Ausland in einem **unmittelbaren** Dienstverhältnis zur Heeresverwaltung stehen und aus besonderen Gründen nicht in eine Krankenkasse eingewiesen worden sind.

1. Personen, die im Inland der reichsgesetzlichen Krankenversicherung unterliegen würden (Vorbemerkung 3), aber während ihrer Beschäftigung im Ausland aus besonderen Gründen nicht in eine Krankenkasse eingewiesen werden können, erhalten — ohne daß von ihnen Beiträge erhoben werden — in Krankheitsfällen eine Fürsorge nach folgenden Gesichtspunkten:

2. Es wird ihnen „Krankenhilfe" in Grenzen der Bestimmungen der §§ 182, 183 RVO. gewährt, d. h. sie erhalten Krankenpflege und Krankengeld auf die Dauer von 26 Wochen nach Eintritt der Krankheit. Diese Fürsorge ist auch dann zu gewähren, wenn die Krankheit innerhalb 3 Wochen nach dem Ausscheiden aus dem Dienste und während der Erwerbslosigkeit auftritt. Der Erkrankte muß in diesem Falle aber nachweisen, daß er in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen gegen Krankheit versichert war. Hierbei ist die Zeit, in der ihm obige Fürsorge zugesichert war, der Zeit des Versichertseins gleichzuerachten.

3. Krankenpflege — Ziffer 4 der Ausf.-Best. — wird im Ausland durch die militärischen Dienststellen nach Ziffer 3 der Ausf.-Best. gewährt oder mangels solcher durch Privatärzte und in Krankenhäusern ausgeübt.

4. Krankengeld macht die Hälfte des in den letzten 4 Wochen durchschnittlich täglich verdienten Lohnes einschließlich des Wertes etwaiger freier Verpflegung aus, soll jedoch nicht über 3 ℳ hinausgehen. Es wird vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an für jeden Arbeitstag gewährt, und zwar auch für Sonn- und Festtage, wenn der Erkrankte an diesen Tagen regelmäßig gegen Entgelt bei der Heeresverwaltung tätig war.

5. Krankengeld kommt bei Unterbringung in einem Krankenhause (Lazarett) oder bei Revierbehandlung und gleichzeitiger Gewährung freier Unterkunft und Verpflegung durch die Heeresverwaltung in Fortfall. Dafür wird ein Hausgeld in Höhe des halben Krankengeldes gezahlt, wenn der Erkrankte bisher aus seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hatte.

6. Sterbegeld wird nicht gewährt. Hinterläßt der Verstorbene nach Auskunft des Gemeindevorstandes Angehörige in bedürftigen Verhältnissen, dann können die Kosten der in einfacher Form zu bewerkstelligenden Beerdigung auf die Reichskasse übernommen und es kann den Hinterbliebenen daneben eine Beihilfe zugebilligt werden. Diese darf, zusammen mit den Beerdigungskosten, den 40fachen Betrag des täglichen Krankengeldes nicht überschreiten und ist nacheinander an die Ehefrau, die Kinder, den Vater, die Mutter, die Geschwister zu zahlen. Voraussetzung für die Bewilligung der Beihilfe bleibt, daß die Empfänger mit dem Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

Bestand beim Eintritt des Todes eine Anwartschaft auf Krankenhilfe nicht mehr, dann dürfen Beerdigungskosten und Beihilfen nur ausnahmsweise und nur dann bewilligt werden, wenn der Tod auf ein

Digitized by Google

Leiden zurückzuführen ist, das sich der Verstorbene im Dienste zugezogen hat.

Wird ein Sterbegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung zahlbar, dann dürfen vorstehende Zuwendungen nicht gewährt werden.

7. Für den Fall, daß einem Erkrankten im Ausland Krankenpflege nicht verabfolgt werden kann und er deshalb in das Inland überführt werden muß, oder daß er nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis im Inland erkrankt und nach Ziffer 2 Anwartschaft auf Fürsorge hat, werden Orts- oder Landkrankenkasse des neuen Aufenthaltsorts zu ersuchen sein, die Leistungen zu übernehmen.

Dem Erkrankten ist ein Ausweis nach anliegendem Muster auszuhändigen, der alles Weitere enthält.

8. Die Kosten für die „Krankenhilfe" (Ziffer 2) und das Sterbegeld (Ziffer 6) trägt der Fonds, aus dem zuletzt der Lohn für den Erkrankten bezahlt worden ist. Bei militärärztlicher Behandlung oder Unterbringung in militärischen Krankenanstalten jeder Art hat jedoch ein Fondsausgleich zu unterbleiben, es findet vielmehr nur eine Erstattung der Auslagen an Barleistungen (Kranken- oder Hausgeld) statt, wenn diese von einer anderen als der beschäftigenden Dienststelle (z. B. den Lazaretten) geleistet worden sind.

9. Die im Erlaß vom 30. April 1915 Nr. 1893/4. 15. B 5 getroffenen Anordnungen über Krankenfürsorge im Sinne vorstehender Ziffern 1—8 werden hiermit hinfällig. Krankheitsfälle, die beim Bekanntwerden dieser Bestimmungen bereits in Fürsorge genommen waren, sind nach jenem Erlasse weiterzubehandeln.

(Das nicht Zutreffende durchstreichen.)

Muster zu Anlage D

Ziffer 7.

Dienststelle.

Ausweis.

Die allgemeine Orts- (Land-) Krankenkasse in . . . . . wird gebeten, dem Inhaber dieses . . . . . Arbeiter . . . . . , geboren am . . . . . , in . . . . . , erkrankt an . . . . . „Krankenhilfe für Rechnung der Reichskasse zu gewähren und die Kosten hierfür bei der unterzeichneten Dienststelle nach § 222 der RVO. zur Erstattung anzufordern.

Es sind folgende Leistungen zu gewähren:

1. Krankenpflege und Krankengeld in Höhe und Dauer der Regelleistungen nach den §§ 182 und 183 der RVO.
2. Krankengeld für jeden mit Arbeitsunfähigkeit verknüpften Krankheitstag — für jeden mit Arbeitsunfähigkeit verknüpften Krankheitstag ausschließlich der Sonn- und Feiertage — in Höhe des halben Grundlohns (Ziffer 7).
3. Hausgeld in Höhe des halben Krankengeldes bei Krankenhauspflege (Taschengeld für nicht Hausgeldberechtigte wird nicht gewährt).
4. Krankenhauspflege ist zu gewähren, wo die Kasse dies nach Lage der Verhältnisse für notwendig hält. Einer Zustimmung der unterzeichneten Dienststelle bedarf es nur, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen über das Maß dessen hinausgehen, was die Kasse in diesen Fällen ihren Mitgliedern in der Regel zu gewähren pflegt.

Zur Berechnung der Leistungen wird bemerkt:

5. Die Erkrankung trat ein am . . . . . , die Arbeitsunfähigkeit am . . . . . .
6. Krankenpflege ist gewährt seit . . . . . , Krankengeld ist bereits gezahlt für die Zeit vom . . . . . bis einschließlich . . . . . .
7. Tagesentgelt (einschließlich Wert der freien Verpflegung) . . . . . ℳ Nach den Satzungen der ersuchten Kasse kommt in Betracht die . . . . . Klasse — . . . . . Stufe mit einem Grundlohn von . . . . . ℳ (Klasse oder Stufe und Grundlohn sind von der Krankenkasse einzurücken). Nach diesem Grundlohn, der 6 ℳ nicht übersteigen darf, richten sich das Krankengeld und die nach Ziffer 8 für Krankenpflege zu erstattenden $^3/_4$.
8. Für Krankenpflege — einschließlich kleiner Heilmittel — werden der Kasse $^3/_4$ des Grundlohns (Ziffer 7) erstattet, die Kosten der Krankenhauspflege dagegen in dem nachgewiesenen Umfange. Größere Heilmittel sind im allgemeinen nicht zu gewähren; macht sich hierzu ein besonderes Bedürfnis geltend, dann wird gebeten, die Zustimmung des Kriegsamts, Waffen- und Munitions-Beschaffungs-Amts, Verwaltungs-Inspektion IV in Berlin, einzuholen.

Schließlich wird gebeten:

9. von der Bereitwilligkeit, die Leistungen zu übernehmen, der unterzeichneten Dienststelle eine kurze Mitteilung zu machen,
10. die aufgewendeten Kosten alsbald nach Abschluß des Leistungsfalls hier zur Erstattung anzufordern.

(Ort, Datum.) (Dienststelle.)

(Stempel.)

Die Satzung kann dem Vorsitzenden Strafbefugnis aus § 529 RVO. übertragen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 14. Oktober 1916 (2299 Amtl. Nachr. 1916 S. 815).

Wie der Beschlußsenat schon in der Entsch. 2186 (Amtl. Nachr. 1916 S. 437) ausgesprochen hat, ist der Vorsitzende einer Krankenkasse zur Verhängung von Strafen nach § 529 Abs. 1 RVO. jedenfalls dann nicht befugt, wenn die Satzung ihn dazu nicht ausdrücklich ermächtigt. Dahingestellt blieb damals die jetzt zur Entscheidung stehende Frage, ob dem Vorsitzenden diese Befugnis durch die Satzung übertragen werden kann; denn seinerzeit enthielt die Satzung noch keine solche Bestimmung. Die Frage ist bejaht worden. Allerdings war dem Oberversicherungsamte darin zuzustimmen, daß sich dabei nicht die Vorschrift des § 5 Abs. 3 heranziehen läßt. Nach § 5 Abs. 1 vertritt der Vorstand den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich. Hierbei handelt es sich, wie schon in der Entsch. 2186 dargelegt ist, lediglich um die Vertretung nach außen. Durch sie soll dem Versicherungsträger die Teilnahme am Rechtsleben ermöglicht werden. In Abs. 2 ist von Beschränkungen des Umfanges dieser „Vertretungsmacht" die Rede. Wenn endlich Abs. 3 vorschreibt: „Die Satzung kann bestimmen, daß auch einzelne Vorstandsmitglieder den

Digitized by Google

Versicherungsträger vertreten können", so ist nach dem Zusammenhange hierunter nur die Vertretung nach außen zu verstehen. Es ist nicht anzunehmen, daß Abs. 3, der von der Vertretung durch einzelne Vorstandsmitglieder handelt, eine andere und weitere Bedeutung haben sollte als der die Vertretung durch den Gesamtvorstand betreffende Abs. 1. Auch eine Vergleichung mit dem entsprechenden § 35 Abs. 1 Satz 3 KVG. führt zu dem gleichen Ergebnis. Dort war noch ausdrücklich vorgeschrieben, daß durch das Statut einem oder mehreren Mitgliedern des Vorstandes „die Vertretung nach außen" übertragen werden könne. Die Worte „nach außen" konnten als selbstverständlich wegbleiben, da es sich bei der Vertretung begrifflich immer nur um die Wirksamkeit Dritten gegenüber, also nach außen, handelt (ebenso Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 6 zu § 5 RVO.; Hanow, Kommentar, 3. Aufl. Anm. 6 zu § 5). Deshalb ist der Hinweis auf § 5 Abs. 3 in der Mustersatzung bei § 54 nicht aufrechtzuerhalten. Gleichwohl ist die dort vorgesehene Übertragung einer Anzahl von Entschließungen auf den Vorsitzenden nicht unzulässig. Sie betrifft die Geschäftsverteilung im Innern und ist ein Ausfluß des Selbstverwaltungsrechts der Kasse. Hierbei handelt es sich nicht mehr um die Vertretung nach außen, sondern um das Verhältnis der Kassenorgane zueinander und des Vorstandsvorsitzenden zu den übrigen Mitgliedern des Vorstandes. Für das Selbstverwaltungsrecht der Kassen sind die Grenzen, was die innere Geschäftsverteilung anlangt, in § 323 gezogen. Danach darf die Satzung nichts bestimmen, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft oder nicht im Zwecke der Kasse liegt. Aus dieser Vorschrift ergibt sich, daß innerhalb des hiermit festgelegten Rahmens die Kassen in der Satzung ihre Angelegenheiten nach Belieben ordnen dürfen (ebenso Hahn a. a. O. Anm. zu § 323 RVO.). Daß der Gesetzgeber das beabsichtigt hat, ist auch aus den Beratungen der Reichstagskommission zu entnehmen. Hier hat ein Regierungsvertreter darauf hingewiesen, daß die Satzung neben den Bestimmungen, deren Regelung durch die Satzung das Gesetz vorschreibe, weitere Bestimmungen enthalten könne. Für diesen freiwilligen Inhalt würde es an einer ausreichenden Begrenzung fehlen, wenn nur vorgeschrieben würde, daß er positiven gesetzlichen Vorschriften nicht zuwiderlaufen dürfe. Diese Lücke werde ausgefüllt, indem auch für den freiwilligen Inhalt der Satzung bestimmt werde, daß sie nichts enthalten dürfe, was nicht im Zwecke der Kasse liege (Kommissionsber. II S. 201 zu § 335 des Entwurfs — jetzt § 323 RVO.). Da der Vorstand der Kasse nicht ständig tagt und auch die nach § 7 RVO. in eiligen Fällen zugelassene schriftliche Abstimmung des Vorstandes zu Weiterungen führt, ist es zur ordnungsmäßigen Abwicklung der Kassengeschäfte unerläßlich, daß eine Anzahl von Entschließungen, die der tägliche Geschäftsverkehr mit sich bringt, durch die Satzung dem Vorsitzenden übertragen werden. Beispiele hierfür bietet § 54 der Mustersatzung. Daß dort die Verhängung von Ordnungsstrafen nach § 529 RVO. nicht mit angeführt ist, spricht nicht gegen die Zulässigkeit der Übertragung auf den Vorsitzenden. Da es sich in der Mustersatzung nur um Beispiele handelt, lassen sich die dort aufgezählten Fälle beschränken oder nach Bedarf ergänzen, solange nicht gesetzliche Vorschriften verletzt werden oder nicht die Bestimmung sich als eine solche darstellt, die nicht im Zwecke der Kasse liegt. Beides trifft hier nicht zu. Insbesondere steht § 529 nicht entgegen. Dort heißt es zwar, daß „der Vorstand" die Strafen festsetzen kann, und deshalb darf, wie in der Entsch. 2186 ausgeführt ist, nicht ohne weiteres der Vorsitzende allein die Strafen verhängen. Dagegen ist nicht zu folgern, daß auch eine ausdrückliche Übertragung der Strafbefugnis auf diesen durch die Satzung ausgeschlossen sein sollte. Auch das Bedenken des Versicherungsamts, durch eine solche Bestimmung könne die Teilnahme der Versichertenvertreter an der Selbstverwaltung der Kasse allzu sehr beschränkt werden, ist nicht begründet. Für die Sicherung der Rechte der Versicherten bietet § 345 Abs. 2 Nr. 6, Abs. 3 hinreichende Gewähr. Auch kann die Frage für Betriebskrankenkassen nicht anders entschieden werden als für die übrigen Kassen.

Hiernach ist die Satzungsbestimmung zulässig. Sie ist auch, wie bereits die Kasse in ihrer Beschwerde nachgewiesen hat, in vielen Fällen zur ordnungsmäßigen Geschäftsführung notwendig, insbesondere dann, wenn die Mitglieder des Vorstandes nicht am Sitze der Kasse wohnen und Vorstandssitzungen nur selten stattfinden. Die Natur der Strafen des § 529 erheischt, daß sie alsbald und nicht erst nach längerem Zeitablaufe festgesetzt werden, ganz abgesehen davon, daß durch eine Verzögerung bis zur nächsten Vorstandssitzung die Möglichkeit der Vollstreckung oft in Frage gestellt sein würde. Anderseits lassen sich Fälle denken, in denen es erwünscht sein kann, dem Vorstand die Bestrafung vorzubehalten. So ist darauf hingewiesen worden, daß gerade bei Betriebskrankenkassen dem Arbeitgeber daran gelegen sein kann, die Strafen nicht als Vorsitzender allein zu verhängen, sondern die übrigen Mitglieder des Vorstandes die Verantwortung der Bestrafung mittragen zu lassen. Den Kassen steht es somit frei, unter Würdigung der besonderen Verhältnisse des einzelnen Falles es entweder bei der gesetzlichen Regelung, wonach der Vorstand die Strafen festsetzt, zu belassen, oder durch ausdrückliche Satzungsbestimmung die Befugnis auf den Vorsitzenden zu übertragen. Da sich vorliegend die Kasse für das letztere entschieden hat, war mangels entgegenstehender gesetzlicher Vorschriften die Satzungsänderung zu genehmigen.

———

Digitized by Google

Zu den Regelleistungen im Sinne des § 573 Abs. 1 RVO. gehört Krankengeld auch dann, wenn dem Verletzten sonst ein Anspruch darauf nicht zusteht.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Dezember 1916 (2287 Amtl. Nachr. 1916 S. 799).

Nach § 1513 Abs. 2 RVO. hat die Krankenkasse dem Träger der Unfallversicherung insoweit Ersatz zu leisten, als der Kranke von ihr nach Gesetz oder Satzung Krankenhilfe beanspruchen könnte und der Träger der Unfallversicherung dann nicht selbst ersatzpflichtig wäre. Eine Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft kommt nicht in Frage, weil sie dem Verletzten nicht über die dreizehnte Woche hinaus eine Entschädigung zu leisten hatte (§ 576). Die Krankenkasse hat auch die Ersatzpflicht gegenüber der Berufsgenossenschaft an und für sich anerkannt. Nur über den Umfang der Ersatzpflicht streiten die Parteien. Nach dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung hätte K., der am Tage des Unfalls und damit auch des Eintritts des Krankenversicherungsfalls die nach § 451 von der Kassensatzung vorgesehene Wartezeit von vier Wochen erfüllt hatte, nur Krankenpflege zu beanspruchen gehabt (§ 452 Abs. 2). Nach § 573 Abs. 1 Satz 1 haben jedoch die Krankenkassen den bei ihnen versicherten Unfallverletzten mindestens die Regelleistungen nach § 179 an Krankenhilfe zu gewähren. Dabei muß das Krankengeld vom Beginne der fünften Woche nach dem Unfall bis zum Ablauf der dreizehnten Woche mindestens zwei Drittel des maßgebenden Grundlohns betragen (§ 573 Abs. 1 Satz 2). Es fragt sich, ob jeder durch einen entschädigungspflichtigen Unfall Verletzte, der gegen Krankheit versichert ist, den Anspruch auf die vollen Regelleistungen erheben kann, ohne Rücksicht darauf, ob sie ihm nach dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung zustehen. Der Wortlaut des § 573 Abs. 1 Satz 1, der keinerlei Einschränkungen macht, spricht dafür. Diese Auslegung entspricht offenbar auch dem Willen des Gesetzgebers. Das ergibt sich aus der Begr. zum Entw. einer Reichsversicherungsordnung (1910), die auf S. 295 zu §§ 593 bis 598 sagt: „Gegen Krankheit versicherte Personen, die bei einem Unfall verletzt werden, sollen eine Fürsorge mindestens im Umfang der Regelleistungen der Krankenkassen (§ 193) an Krankenhilfe erhalten. Das sind die Leistungen, die in den §§ 197 bis 209 vorgeschrieben sind, also Krankenpflege und bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld oder an Stelle dieser Leistungen Krankenhauspflege nebst Hausgeld. Dies gilt sowohl im Falle der Versicherungspflicht als auch im Falle der Versicherungsberechtigung (§§ 177 bis 192)." Auf S. 296 des Entwurfs heißt es weiter: „Kein Verletzter darf deshalb schlechter gestellt werden, weil er gegen Krankheit versichert ist; jeder Verletzte hat vielmehr mindestens auf das Anspruch, was Personen, die nicht gegen Krankheit versichert sind, nach § 597 des Entwurfs beanspruchen können. Die Krankenkasse .... hat die in § 593 bezeichneten Leistungen — vorbehaltlich ihres Rückgriffs aus § 596 wegen der Mehrleistungen — auch dann voll zu gewähren, wenn Personen zwar gegen Krankheit versichert sind, aber das Recht auf die Leistungen der Krankenversicherung erst nach Ablauf einer gewissen Zeit erwerben (§§ 220, 479), oder das Krankengeld für bestimmte Berufszweige (§ 444) ganz oder teilweise ausgeschlossen werden kann (so §§ 452, 480, 483, 511) oder verschieden hoch bemessen wird, wie z. B. bei Hausgewerbetreibenden nach § 510." Der hier in Bezug genommene § 480 des Entwurfs ist der § 452 RVO., der gegenüber dem Entwurfe nur in der Wortfassung, nicht aber im Inhalt geändert ist. Die Begründung zum Entwurfe sagt also ausdrücklich, daß auch die unständig Beschäftigten, die vor der Erfüllung der Voraussetzungen des § 452 einen Unfall erleiden, im Falle der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben. Anderer Meinung ist **Hahn** in seiner Abhandlung „Regelleistungen" in „Die Betriebskrankenkasse" 1916 S. 49 ff. Er geht davon aus, daß unter Regelleistungen die im Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen, d. h. der Kasse zur Pflicht gemachten, mindestens zu gewährenden Leistungen, einschließlich der für gewisse Klassen von Versicherten durch das Gesetz eingeschränkten Leistungen, zu verstehen seien im Gegensatze zu den nur zugelassenen und demgemäß satzungsmäßig eingeschränkten oder erweiterten Leistungen, und gelangt auch für die §§ 573 ff. zu dem Schlusse, daß, wo durch Gesetzesvorschrift des Zweiten Buches für gewisse Fälle, namentlich für besondere Berufszweige geringere oder anders bemessene Leistungen „vorgeschrieben", d. h. den Kassen zur Pflicht gemacht sind, diese Leistungen als Regelleistungen gelten. Für den vorliegenden Fall würde also, da nach § 452 die Leistung der Kasse auf die Krankenpflege gesetzmäßig — nicht etwa nur satzungsmäßig — eingeschränkt ist, auch nach § 573 nur Krankenpflege als Regelleistung nach § 179 an Krankenhilfe zu gelten haben. Es sei dahingestellt, wie man sich im übrigen zu den Ausführungen von Hahn über den Begriff der Regelleistungen zu stellen hätte; für die hier in Betracht kommenden §§ 573 ff. kann man der Auslegung des Begriffs der Regelleistungen jedenfalls nicht beipflichten. Die Auffassung von Hahn würde zu dem vom Gesetzgeber sicher nicht gewollten und auch von der Begründung ausdrücklich abgelehnten Ergebnis führen, daß Unfallversicherte, die nicht gegen Krankheit versichert sind, unter Umständen besser gestellt sind als solche, die gegen Krankheit versichert sind; denn nach § 577 hat der nicht gegen Krankheit Versicherte als Verletzter gegen den Unternehmer Anspruch auf Krankenhilfe nach Maßgabe der §§ 573 bis 576. Er bekommt das Krankengeld, während es der unständig Beschäftigte in Fällen wie dem vorliegenden nicht

Digitized by Google

erhalten soll. Dieses Ergebnis ist nicht zu billigen. Der Unfallverletzte hat in bezug auf die Leistungen der Krankenversicherung eine Sonderstellung. Das zeigt sich — abgesehen von dem hier zu erörternden § 573, Abs. 1, Satz 1 a. a. O. und dem bereits erwähnten § 577, deren Leistungen nach § 1551 Abs. 2 als Leistungen der Krankenversicherung gelten — auch darin, daß nach § 573 Abs. 1 Satz 2, § 577 Abs. 1 Satz 2 vom Beginn der fünften Woche nach dem Unfall bis zum Ablauf der dreizehnten Woche das um den Unfallzuschuß erhöhte Krankengeld zu zahlen ist. Von der hier vertretenen Auffassung aus geht offenbar auch § 4 der Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts vom 28. Juli 1916 über Leistungen der Krankenkassen während der Wartezeit bei Unfallerkrankungen Verletzter usw. (Amtl. Nachr. 1916 S. 567; zu vergleichen ferner Dürr, die Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts zu den §§ 573 bis 576 RVO., Ortskrankenkasse 1916 Sp. 798 ff.). Auch der von der beklagten Krankenkasse geltend gemachte Gesichtspunkt, daß K. durch eigenes Verschulden das ihm sonst zustehende Krankengeld verwirkt habe, vermag eine andere Auffassung nicht zu stützen; denn abgesehen davon, daß das Gesetz an ein Verschulden bei der Unterlassung der Beitragszahlung Folgerungen in diesem Sinne nicht knüpft, braucht die Nichtentrichtung des Beitragsteils nicht immer auf Verschulden zu beruhen, so z. B., wenn der Versicherte alsbald nach Beginn der Beschäftigung den Unfall erleidet.

Dem Grundsatz, daß kein Verletzter deshalb schlechter gestellt sein soll, weil er gegen Krankheit versichert ist, steht aber auf der anderen Seite der ebenfalls in der Begründung zum Entwurfe (S. 295) betonte Grundsatz gegenüber, daß die Krankenkassen selbst durch § 593 des Entwurfs (§ 573 RVO.), abgesehen von ihrer Auslagepflicht, nicht stärker belastet werden sollen, als dies nach den Vorschriften über die Krankenversicherung geschieht. Indessen führt die hier vertretene Auffassung auch nicht zu einer stärkeren Belastung der Krankenkassen in diesem Sinne. § 576 sieht vor, daß, was die Krankenkasse nach den §§ 573, 575 über die Pflicht hinaus, die sie sonst nach Gesetz oder Satzung hat, gewähren muß, in den Fällen, in denen dem Verletzten über die dreizehnte Woche hinaus eine Entschädigung zu leisten ist, die Genossenschaft, andernfalls der Unternehmer (§ 633) zu ersetzen hat, sofern nicht die Satzung der Genossenschaft bestimmt, daß diese den Mehrbetrag in allen Fällen zu ersetzen hat. Letzteres ist bei der klagenden Berufsgenossenschaft nicht der Fall. Nach alledem ergibt sich, daß der Anspruch der Berufsgenossenschaft gegen die Krankenkasse auf Ersatz des Krankengeldes nach § 1513 Abs. 2 begründet ist.

C. Zur Unfallversicherung.

Auch wenn die Kasse an sich zur Krankenhilfe nicht verpflichtet wäre, hat sie solche bei einer Unfallerkrankung nach § 573 RVO. zu leisten und dafür vollen Ersatz nach § 576 zu beanspruchen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (2. Rev. Sen.) vom 10. Oktober 1916 (IIa KE. 176/16).

Der Arbeiter B., der als unständig Beschäftigter Mitglied der klagenden Kasse war, hat im Betriebe der Firma P. & C. einen schweren Unfall erlitten, und zwar vor Ablauf der durch die Kassensatzung auf Grund des § 451, Abs. 1 RVO. für unständig Beschäftigte bestimmten Wartezeit. Durch Unterbringung des Verletzten im Krankenhause und seine Überführung dorthin sind der klagenden Kasse Aufwendungen im Gesamtbetrage von *M* 237,— entstanden. Sie verlangte, da dem Verletzten über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus eine Entschädigung zu leisten war, auf Grund des § 576 RVO. Ersatz dieser Kosten von der beklagten Berufsgenossenschaft. Diese lehnte den Anspruch ab, weil sie nach § 576 nur zum Ersatz des sogenannten Unfallzuschusses (§ 573) verpflichtet sei.

Auf die Klage der Kasse hat der Vorsitzende des Versicherungsamts Hamburg durch Vorentscheidung die Berufsgenossenschaft zum Ersatz der vorerwähnten Kosten verurteilt, weil der Kasse nach § 576 alle lediglich auf Grund des § 573 gemachten Mehraufwendungen zu erstatten seien. Auf die Berufung der Genossenschaft hat die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts die Sache gemäß § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abzugeben und ihre Rechtsauffassung dahin ausgesprochen, daß es der Ansicht des Versicherungsamts beitrete. Gleichzeitig beantragte das Oberversicherungsamt, auch über die Frage grundsätzlich zu entscheiden, ob bei Ersatzstreitigkeiten der vorliegenden Art (§§ 576, 585) dem unterliegenden Teil nach § 1803 eine Gebühr aufzuerlegen sei. Das Reichsversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Nach § 576, Abs. 1, Satz 1 RVO. ist den Krankenkassen zu ersetzen, was sie nach den §§ 573, 575 über die Pflicht hinaus, die sie sonst nach Gesetz oder Satzung haben, gewähren müssen. Hiernach sind die Krankenkassen, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2226 (Amtl. Nachr. 1916, S. 579) ausgeführt hat, berechtigt, für diejenigen auf Grund des § 573 gemachten Aufwendungen Ersatz zu verlangen, die über die Leistungen hinausgehen, die sie bei sonstigen, d. h. nicht durch einen Unfall verursachten Erkrankungen nach dem zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung und ihrer Satzung hätten gewähren müssen. Und zwar bezieht sich der Absatz 1 des § 576 seiner Fassung nach auf diejenigen Fälle, in denen eine „Pflicht" zur Gewährung der Krankenhilfe durch die Krankenkassen, auch abgesehen von § 573, bestanden hat. Das sind die

Digitized by Google

Regelfälle. Denn im allgemeinen hat der gegen Krankheit Versicherte schon nach den Allgemeinen Vorschriften über die Krankenversicherung und der Kassensatzung Anspruch auf Krankenhilfe. In Ausnahmefällen besteht jedoch keine Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung der Krankenhilfe bei sonstigen, nicht durch einen Unfall verursachten Erkrankungen. Ein solcher Fall liegt hier vor. Denn der Verletzte hätte vorliegendenfalls, abgesehen von § 573, keinen Anspruch auf Krankenhilfe gehabt, weil er noch vor Ablauf der auf Grund des § 451 in der Kassensatzung bestimmten Wartezeit erkrankt war (zu vgl. die Revisionsentsch. 2225, Amtl. Nachr. 1916, S. 578). Gleichwohl mußte ihn die Krankenkasse auf Grund des § 573, weil seine Krankheit Unfallfolge war, entschädigen (zu vgl. die Revisionsentsch. 2088, Amtl. Nachr. 1915, S. 669, § 4 der Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts vom 28. Juli 1916, Amtl. Nachr., S. 567). Ob die Kassen berechtigt sind, auch in diesen Fällen Ersatz ihrer Mehraufwendungen zu verlangen, könnte nach dem Wortlaute des § 576, Abs. 1, Satz 1 zweifelhaft sein; denn eine „Pflicht" der Krankenkassen auch „sonst" Krankenhilfe zu gewähren, besteht dann nicht, wenn dem Verletzten bei sonstigen Erkrankungen Leistungen durch die Krankenkasse überhaupt nicht zu gewähren wären. Es bedurfte deshalb eines besonderen Hinweises in dieser Vorschrift, wenn man trotz der Wortfassung des Satzes 1 den Kassen auch in den Fällen einen Ersatzanspruch hinsichtlich ihrer Mehraufwendungen gewähren wollte, in denen sie sonst pflichtgemäß Leistungen nicht zu machen hatten. Diese Klarstellung ist durch den Abs. 2 des § 576 erfolgt, der vorschreibt, daß Abs. 1 „entsprechend" gilt, wenn der gegen Krankheit versicherte Verletzte keinen Anspruch auf Krankenhilfe hat.

Nach Abs. 1, Satz 1 des § 576 können die Krankenkassen, wie bemerkt, Ersatz ihrer auf Grund des § 573 gemachten Mehraufwendungen verlangen (zu vgl. die bezeichnete Entsch. 2226). Wenn im Abs. 2 des § 576 die „entsprechende" Anwendung dieser Vorschrift vorgeschrieben wird, so kann dies demnach nur die Bedeutung haben, daß auch in diesen Fällen die Krankenkassen Ersatz der lediglich durch den Unfall entstandenen Mehrlasten beanspruchen können. Richtig ist zwar, daß sich der Ersatzanspruch der Krankenkassen in den Fällen des § 573, Abs. 1 regelmäßig auf den sogenannten Unfallzuschuß beschränkt, weil hier im allgemeinen nur dieser Betrag über die sonstigen Verpflichtungen der Kasse hinausgeht. Daraus folgt aber nicht, wie die beklagte Berufsgenossenschaft annimmt, daß auch nach § 576, Abs. 2 nur dieser Zuschuß zu ersetzen ist. Denn die Mehraufwendungen der Kasse bestehen in diesen Fällen nicht bloß in der Zahlung des nach § 573 erhöhten Kranken- oder Hausgelds, vielmehr überschreiten ihre gesamten zugunsten des Verletzten gemachten Aufwendungen das Maß der Leistungen nach den allgemeinen Vorschriften über die Krankenversicherung, weil der Verletzte, abgesehen von § 573, Krankenhilfe überhaupt nicht beanspruchen könnte. Dies gilt nicht nur für die ganzen Barleistungen, sondern auch für die Krankenpflege und für die als Ersatzleistung gewährte Krankenhauspflege. Wollte man den Krankenkassen auch bei Anwendung des § 576, Abs. 2 nur den Ersatz eines Teils ihrer baren Aufwendungen zugestehen, so würden ihnen in diesen Fällen tatsächlich die durch den Unfall verursachten Mehraufwendungen in der Hauptsache endgültig zur Last fallen. Das sollte aber vermieden werden. Denn in der Begr. zu §§ 593 bis 596 des Entw. der RVO. (§§ 573 bis 576 RVO.) wird ausdrücklich als die Absicht des Gesetzes hervorgehoben, daß die Krankenkassen, abgesehen von ihrer Auslagepflicht, durch § 573 nicht stärker belastet werden sollen, als dies nach den Vorschriften über die Krankenversicherung geschieht (Begr. S. 294, 295). Diese Auffassung entspricht auch, soweit die Belastung der Krankenkassen in Frage kommt, im wesentlichen dem früheren Rechte, insbesondere den Vorschriften über die Leistungen bei Unfallerkrankungen unständig Beschäftigter . Denn Personen, deren Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstands oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist (zu vgl. auch § 441), unterlagen nach § 1 KVG. nicht der Krankenversicherungspflicht, und sie waren deshalb nach § 12, Abs. 2 des Gewerbe-UVG. bei Unfallerkrankungen nicht von der Krankenkasse, sondern von dem Betriebsunternehmer zu entschädigen. Es bedeutet also keineswegs „einen völligen Bruch mit der historischen Entwicklung", wie die Berufungsschrift meint, wenn man annimmt, daß die Krankenkassen in den Ausnahmefällen des § 576, Abs. 2 RVO. von der endgültigen Tragung der Mehrlasten des Unfalls befreit sind. Auch aus den Ausführungen eines Vertreters der verbündeten Regierungen auf Seite 55 des Kommissionsber. (3. Teil) ist Gegenteiliges nicht herzuleiten. Wenn dort bemerkt wird, man habe den Krankenkassen den „Unfallzuschuß" nicht endgültig zur Last legen wollen, so folgt daraus nicht, daß sich der Ersatzanspruch der Krankenkasse in allen Fällen auf diesen Betrag beschränkt. Diese Bemerkungen bezogen sich offenbar nur auf den regelmäßigen und häufigsten Fall, daß die Mehraufwendungen der Krankenkassen nach § 573 nur in dem Unfallzuschuß bestehen; zu der Frage, ob die Kassen ausnahmsweise auch einen weitergehenden Ersatzanspruch haben können, wurde bei diesem Anlaß überhaupt nicht Stellung genommen. Man kann auch nicht einwenden, Satzungsbestimmungen, die auf Grund des § 451 für unständig Beschäftigte eine Wartezeit einführen, seien gegenüber § 573 oder den Ausführungen der vorbezeichneten Revisionsentsch. 2088 für Unfallverletzte als unwirksam zu erachten. Denn derartige Satzungsbestimmungen

Digitized by Google

gelten und konnten vom Oberversicherungsamt nur genehmigt werden, vorbehaltlich des § 573, auch wenn dies in der Satzung nicht ausdrücklich hervorgehoben ist. Ferner ist der Einwand unbegründet, die Kasse könne nach § 576 in Fällen der vorliegenden Art deshalb keinen Ersatz beanspruchen, weil sie schon nach dem Gesetz, nämlich nach § 573 (zu vgl. die Revisionsentsch. 2088) dem Unfallverletzten Leistungen gewähren müsse. Dabei wird übersehen, daß § 576, Abs. 1, Satz 1 zur Ermittelung des Umfangs des Ersatzanspruchs gerade zwischen den nach § 573 gewährten und den bei sonstigen Erkrankungen zu gewährenden Leistungen unterscheidet, und den Krankenkassen einen Ersatzanspruch gerade insoweit gibt, als sie auf Grund des § 573 gesetzlich Mehraufwendungen machen mußten. Ob und in welchem Umfang der nach § 577 leistungspflichtige Unternehmer gegenüber der Berufsgenossenschaft bei Unfallerkrankungen ersatzberechtigt ist, war hier nicht zu entscheiden. Jedenfalls würde daraus, daß der Unternehmer, wie die beklagte Berufsgenossenschaft ausführt, in solchen Fällen bei den über die dreizehnte Woche nach dem Unfall sich erstreckenden Erkrankungen nur Ersatz des Unfallzuschusses verlangen kann, nicht folgen, daß auch die Krankenkassen in den Fällen des § 576 Abs. 2 in gleicher Weise hinsichtlich ihres Ersatzanspruchs beschränkt sind. Nach alledem ist eine Krankenkasse befugt, Ersatz ihrer gesamten Mehraufwendungen zu verlangen, wenn sie einem gegen Krankheit versicherten Verletzten, der keinen Anspruch auf Krankenhilfe hat, Leistungen nach § 573 gewährt (übereinstimmend Hahn, Arbeiter-Versorgung 1916, S. 178, Helms, Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1916, Sp. 231 bis 233, Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1916, S. 98 bis 100). Zuzugeben ist, daß als Folge dieser Auffassung den Unternehmern bei den nicht über die dreizehnte Woche nach dem Unfall sich erstreckenden Entschädigungen unter Umständen erhebliche Aufwendungen durch Befriedigung des Ersatzanspruchs den Kassen entstehen können, namentlich wenn sie nicht gegen Haftpflicht versichert sind. Allein diese Feststellung kann gegenüber der gesetzlichen Regelung des Ersatzanspruchs der Kassen nicht ausschlaggebend ins Gewicht fallen. Dabei ist insbesondere zu beachten, daß der Unternehmer gegenüber dem bisherigen Rechte nicht unwesentlich begünstigt ist. Früher hatte er bei Unfallerkrankungen unständig Beschäftigter während der Wartezeit in der Regel die ganze Unfallast zu tragen (§ 12, Abs. 2 Gewerbe-UVG.); jetzt dagegen fällt bei den gegen Krankheit versicherten unständig Beschäftigten (§ 442 RVO.) der größte Teil der Aufwendungen für den Verletzten den Kassen zur Last, wenn nicht ausnahmsweise die Voraussetzungen des § 451 vorliegen, und der Unternehmer ist bei Unfällen, wenn dem Verletzten über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus eine Entschädigung zu leisten ist, überhaupt nicht ersatzpflichtig, sondern die Berufsgenossenschaft.

Die Kasse hat im vorliegenden Falle für den Verletzten innerhalb der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall ℳ 237,— aufgewendet. In dieser Höhe ist demnach der Ersatzanspruch gegenüber der beklagten Berufsgenossenschaft, da dem Verletzten über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus, wie nicht streitig ist, eine Entschädigung zu leisten war, begründet. Daß die Aufwendungen der Krankenkasse durch Unterbringung des Verletzten in einem Krankenhause entstanden sind, steht dem Anspruch nicht entgegen. Der Fall liegt also anders, wie der in der erwähnten Entscheidung 2226 behandelte. Dort hatte der Verletzte, auch abgesehen von § 573, einen Anspruch auf Krankenhilfe gegen seine Kasse, und sie konnte deshalb für die als Ersatzleistung gewährte Krankenhauspflege als solche, abgesehen von dem Zuschuß zum Hausgeld, keinen Ersatz beanspruchen. Hier dagegen hatte der Verletzte, obwohl er gegen Krankheit versichert war, einen solchen Anspruch nicht. Daraus ergibt sich, daß die Krankenkasse hier in weiterem Umfange ersatzberechtigt ist. Die Berufung der beklagten Berufsgenossenschaft war somit, wie geschehen, als unbegründet zurückzuweisen.

Das Oberversicherungsamt hat weiter die Frage aufgeworfen, ob bei Ersatzstreitigkeiten der vorliegenden Art dem unterliegenden Teil nach § 1803 RVO. eine Gebühr aufzuerlegen ist. Für die Entscheidung dieser Frage würde nach der Revisionsentscheidung 2103 (Amtl. Nachr. 1915, S. 733) in Betracht kommen, ob der dem Ersatzanspruch zugrunde liegende Hauptanspruch (zu vergl. § 1773) als aus der Krankenversicherung hergeleitet angesehen werden kann; hierbei wären die §§ 573, 1551, Abs. 2 zu beachten (zu vgl. auch Hanow, Die Gebühr nach § 1803 RVO., in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1916, Sp. 7 ff.). Indessen kann das Reichsversicherungsamt im vorliegenden Falle dem unterliegenden Teile eine Gebühr nicht auferlegen, weil § 1803 bei Abgabe von Sachen an das Reichsversicherungsamt nach der Entsch. 1934 (Amtl. Nachr. 1914, S. 816) nicht anzuwenden ist. Da die Entscheidung der vorerwähnten Frage hiernach vorliegendenfalls praktisch bedeutungslos ist, mußte das Reichsversicherungsamt davon absehen, hierzu förmlich Stellung zu nehmen.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Bestellung von Kassenbeamten als Vollstreckungsbeamten in Bayern nach § 404 Abs. 4 RVO.

Nach § 28 RVO. werden rückständige Beiträge wie Gemeindeabgaben beigetrieben; das Gleiche gilt auch nach § 146 Abs. 2 für Geldstrafen, mit Ausnahme der gerichtlich erkannten, und nach § 531 Abs. 2 für Strafbeiträge.

Die Gemeindeaufsichtsbehörde kann nach § 404 Abs. 4 die geschäftsleitenden Beamten nach Anhören der Kasse als Vollstreckungsbeamte bestellen. Während bisher zum Teile formale Bedenken der Bestellung eines Kassenangestellten als Vollstreckungsbeamten gegenüberstanden, dürften diese in Bayern, bei Einführung in die Versorgungsberechtigung nach Maßgabe der Mustersatzung, für die Gemeindebeamten zum mindesten aber bezüglich derjenigen Kassenangestellten in Wegfall gekommen sein, denen nach § 359 die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamter übertragen wurde. Nunmehr dürfte auch ein Weg zur praktischen Durchführung der Vorschriften des § 404 Abs. 4 gefunden werden können. Es liegt auf der Hand, daß die Bestellung des geschäftsleitenden Beamten einer Krankenkasse als Vollstreckungsbeamter wohl für die meisten Krankenkassen unzweckmäßig wäre, daß dieselbe vielmehr nur Bedeutung haben kann, wenn Kasseboten oder Beitragseinheber in der bezeichneten Eigenschaft bestellt werden. Soweit die Beiträge nicht durch die in Bayern wohl nur ausnahmsweise errichteten Zahlstellen der Krankenkassen eingehoben werden, erfolgt die Einhebung regelmäßig durch Kasseboten. Schon zur Kostenersparnis empfiehlt es sich daher, den Kasseboten, welcher von Zeit zu Zeit ohnehin in den Wohnort des Beitragsschuldners kommt, zu beauftragen, den Beitragsschuldner zu mahnen. Manche Kassen haben ein solches Mahnverfahren ausdrücklich in der Satzung vorgesehen und erheben hiefür eine satzungsmäßig festgesetzte Mahngebühr von 20 Pf. Erst nach Ablauf der achttägigen Mahnfrist kommt die Einleitung des Vollstreckungsverfahrens in Frage. Diese setzt einen Vollstreckungstitel voraus; denselben bildet ein Auszug aus dem Ausstandsverzeichnis, welcher m. E. nur von der zuständigen Gemeindeverwaltung, niemals aber von dem als Vollstreckungsbeamten bestellten Kassenangestellten für vorläufig vollstreckbar erklärt werden kann. Die Zustellung einer Abschrift des Ausstandsverzeichnisses samt Zustellungsurkunde hat der eigentlichen Vollstreckungshandlung in allen Fällen voranzugehen. In der Regel wird die Vollstreckung sich auf Mobiliarpfändung beschränken; für die sonstigen Vollstreckungsmaßnahmen ist das Amtsgericht des Wohnortes des Schuldners zuständig.

Nach den gemachten Erfahrungen wird die Durchführung der Zwangsvollstreckung durch die Gemeindeverwaltung, insbesondere wenn es sich um ländliche Gemeinden handelt, nur selten zum Erfolg führen; naturgemäß wird eine nicht unbedeutende Verzögerung der Beitragseinhebung damit verbunden sein. Hinzu kommt, daß manche Gemeindeverwaltungen mit Rücksicht auf die nahen Beziehungen zu den Gemeindebewohnern das Vollstreckungsverfahren gegen diese nur ungern einleiten und durchführen werden. Es würde daher nur die Durchführung der Vollstreckung durch die Gerichtsvollzieherei erübrigen; aber auch diese Maßnahme dürfte sich nicht ohne weiteres empfehlen. Abgesehen von dem allgemein herrschenden Personalmangel der Gerichtsvollziehereien, welcher wiederum eine Verzögerung der Vollstreckungsmaßnahmen zur Folge hat, erscheint es nicht zweckmäßig, gegen vielleicht nicht einmal böswillige Beitragsschuldner in dieser Form vorzugehen. Es erscheint sonach der Vorschlag, den Kasseboten oder Beitragseinheber in sinngemäßer Anwendung der bezeichneten Vorschrift als Vollstreckungsbeamten auf Antrag der Kasse zu bestellen, vollauf gerechtfertigt. Tatsächlich wurde in verschiedenen Fällen auf Antrag des Kassenvorstandes der Kassebote als Vollstreckungsbeamter bestellt und hat sich als solcher bestens bewährt.

Für die Vollstreckungshandlungen dieser als Vollstreckungsbeamte bestellten Kasseboten verrechnen die Kassen die gleichen Gebühren, wie dieselben auf Beitreibung durch die Gemeinden erwachsen würden, nämlich 10 ℳ für Abschrift des Ausstandsverzeichnisses, 55 ℳ für Zustellung derselben, 6 ℳ für Abschrift der Zustellungsurkunde, 1,60 ℳ für Pfändungsprotokoll samt Abschrift, 60 ℳ für das Versteigerungsprotokoll (jede Stunde 60 ℳ), 8 ℳ Laufgeld für den Kilometer. Da diese Gebühren wesentlich niedriger sind als die Gebühren der Gerichtsvollzieher, liegt diese Art der Regelung des Vollstreckungsverfahrens nicht nur im Interesse der Kassen, sondern auch in demjenigen der Beitragsschuldner. Hiezu kommt, daß die Kosten einer vielleicht mangels pfändbarer Habe erfolglosen Pfändung nicht so sehr ins Gewicht fallen, weil der Kassebote oder Beitragseinheber die Vollstreckung meist bei seiner gelegentlichen Anwesenheit am Wohnort des Beitragsschuldners vorzunehmen in der Lage ist, sodaß besondere Reisekosten und Tagegelder hierauf nicht erwachsen.

Ausschlaggebend aber dürfte für die Krankenkassen sein, unter möglichster Berücksichtigung der Verhältnisse der Beitragsschuldner die Beitragsrückstände rasch und auf einfache Weise hereinzubekommen. Dies ist nur in der angeregten Form möglich, weshalb den Kassenvorständen die Antragstellung an die zuständige Gemeindeaufsichtsbehörde (Bezirksamt oder Stadtmagistrat) nach vorstehenden Anregungen empfohlen wird.

J. Eibl, Kassenverwalter
in Passau.

Anmerkung der Schriftleitung: Zum besseren Verständnis der vorstehenden Bemerkungen mag hier kurz auf die für Bayern durch Erlaß des Staatsministeriums des Innern v. 9. Oktober 1915 getroffene Regelung hingewiesen werden, die darauf beruht, daß dem von der Gemeindeaufsichtsbehörde bestellten Vollstreckungsbeamten alle Befugnisse und Obliegenheiten zustehen, die hinsichtlich der Beitreibung von Gemeindeabgaben dem Gemeindeeinnehmer und der Gemeindeverwaltung zukommen; er kann die Vollstreckung, soweit sie nicht den Gerichten vorbehalten ist, sowohl durch die ihm zu Gebote stehenden besonderen Vollzugsorgane als auch durch die Gerichtsvollzieher bewirken lassen. Als Vollstreckungsbeamte können nur solche Kassenangestellte ernannt werden, die nach § 359 Abs. 1 RVO. angestellt sind. Ihnen sollen grundsätzlich die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten übertragen werden

---

Zur Unfallanzeigepflicht der Krankenkassen nach § 1512 RVO.

wird uns von berufsgenossenschaftlicher Seite geschrieben: „Bei vielen Berufsgenossenschaften werden sich im verflossenen Jahre die zur Anmeldung gelangten Unfälle nicht unerheblich vermehrt haben. Diese Steigerung ist

Digitized by Google

zweifellos in erster Linie bedingt durch die große Vermehrung der beschäftigten Personen überhaupt, sowie durch die gesteigerte Beschäftigung von ungeübten, jugendlichen und weiblichen Personen mit, diesen Personen ungewohnten Geschäftstätigkeiten. Außerdem wird die Steigerung nach berufsgenossenschaftlichen Erfahrungen aber auch durch die nicht immer einwandfreie Auffassung und Anwendung des § 1512 RVO. seitens der Krankenkassen beeinflußt. Während hier vorgeschrieben ist, daß nur die voraussichtlich entschädigungspflichtig werdenden Unfälle den Berufsgenossenschaften anzuzeigen sind, erstatten die Krankenkassen vielfach die Anzeige gemäß § 1512 in allen, auch den geringfügigsten, manchmal kaum von einer Arbeitsunterbrechung begleiteten Fällen.

Den Berufsgenossenschaften wird durch diese unzutreffende Gesetzanwendung insofern viele, in den meisten Fällen unnütze Arbeit verursacht, als sie bezüglich der sämtlichen Krankenkassenmeldungen die, vielfach wegen offensichtlicher Geringfügigkeit der Unfallfolgen seitens der Betriebsunternehmer unterlassene Unfallanmeldung veranlassen müssen. Die Krankenkassen würden sich den lebhaften Dank der berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen erwerben, wenn sie die Anzeige gemäß § 1512 nur in den schweren, die Berufsgenossenschaft voraussichtlich in Anspruch nehmenden Unfallsachen erstatten würden."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Mitteilung von Krankenkassen an Militärbehörden über Krankheiten von Kriegsteilnehmern.

Das Oberversicherungsamt Düsseldorf hat unterm 15. Dezember 1916 folgendes Rundschreiben an die Versicherungsämter seines Bezirks gerichtet: „Über die Frage, ob die Krankenkassen den Militärbehörden über frühere Erkrankungen von Kriegsteilnehmern Auskunft geben dürfen, ist eine Abhandlung in der Zeitschrift „Die Arbeiter-Versorgung", 1916, S. 784 veröffentlicht. Das Oberversicherungsamt teilt die Auffassung des Regierungsrats Dr. Sonderhoff in Verbindung mit der Stellungnahme der Schriftleitung der Zeitung am Ende der Abhandlung und ersucht die Versicherungsämter ergebenst, den Krankenkassen zu empfehlen, daß sie im Sinne der Abhandlung verfahren.

Teuerungszulage zum Krankengelde.

Die Ortskrankenkasse der Buchbinder und verwandter Gewerbe zu Berlin hat auf Grund rechnerischer Unterlagen den Beschluß gefaßt und auf Grund des § 1 Abs. 2 des Gesetzes v. 4. August 1914 betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (ArbVers. 1914 S. 569), dem Versicherungsamt als Antrag unterbreitet: Das Krankengeld vom Beginn der vierten Woche um 10 v. H. und vom Beginn der neunten Woche um weitere 10 v. H. zu erhöhen, wozu jährlich 20 000 ℳ aus den laufenden Einnahmen zur Verfügung stehen. Das Versicherungsamt hat diesem Antrag entsprechend verfügt. — Die hiernach getroffene Regelung erscheint rechtlich unbedenklich, während die anderwärts bewilligten festen Zuschläge von 25 ₰ für jeden Krankheitstag keineswegs einwandfrei sind.

Die Kinderfürsorge der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte.

Die Fürsorge für Kinder stützt sich in erster Linie auf die Bestimmungen des § 1277 der RVO., die die Landesversicherungsanstalten berechtigen, Empfänger von Waisenrenten unter völliger oder teilweiser Verwendung der Rente in einem Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt unterzubringen. Außerdem werden auf Grund des § 1274 der RVO., der die Hergabe von Mitteln zum Zwecke der Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse in der versicherungspflichtigen Bevölkerung gestattet, Kinder aus tuberkulösen Familien schon bei Lebzeiten beider Eltern in Pflege genommen. Endlich stehen der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte aus besonderen Fonds Freiplätze für kranke und erholungsbedürftige Kinder von Versicherten zur Verfügung. Unter den deutschen Landesversicherungsanstalten war die der Hansestädte die erste, die sich der Kinderfürsorge angenommen hat. In einem Erlaß vom 17. Dezember 1915 hebt der Präsident des Reichsversicherungsamts, Dr. Kaufmann, das weitblickende und warmherzige Verständnis der genannten Anstalt für die Aufgaben der Zeit hervor, welches sie der für die Hebung der Volkskraft bedeutungsvollen Kinderfürsorge entgegenbringt. Daß auch Kinder gefallener Krieger weitgehend an den Wohltaten der geschaffenen Einrichtungen beteiligt werden, sei besonders erfreulich. Nach den Mitteilungen des Vorsitzenden der Anstalt, Geheimrat Bielefeld, in der letzten Ausschußsitzung sind in den Kriegsjahren 1915 und 1916 insgesamt mehr als 1600 hanseatische Kinder — darunter viele Kriegerwaisen — in eine zweckdienliche Pflege an der See, in eigenen und fremden Heilanstalten sowie in ländlichen Familien, und zwar auf mehrere Monate oder Jahre genommen. Demnächst wird auch noch eine Station für tuberkulöse Kinder im Genesungsheim Groß-Hansdorf eröffnet.

Die Auswahl der zur Fürsorge vorgeschlagenen Kinder erfolgt nach gutachtlicher Äußerung der Fürsorgestellen für Lungenleidende oder von Jugendpflegevereinen. Dabei werden von den Ärzten, Schwestern usw. besonders die Gesundheits-, Wohnungs-, Ernährungs-, Erziehungsverhältnisse der Kinder berücksichtigt. Als Pflegestätten für Waisenkinder kommen in Betracht: für gesunde, aber in der eigenen Familie bedrohte Kinder vertrauenswürdige Familien auf dem Lande; für kranke, erholungsbedürftige, erblich belastete Kinder eigene und fremde Heil- und Pflegeanstalten, Badeorte. Die täglichen Verpflegungskosten stellten sich im eigenen Erholungsheim, Groß-Hansdorf bei Hamburg, wenn eine Verzinsung des Anlagekapitals für das von den Kinderheimen benutzte größere Gelände in Anrechnung kommt, auf 3,90 ℳ und bei Abzug der Erstattungen auf 3,35 ℳ. Nach dem mit dem Verein für Ferienkolonien zu Hamburg getroffenen Abkommen wurden für die Kinder in Lensterhof während der ersten 3 Monate ihrer Unterbringung monatlich 42 ℳ an Pflegekosten gezahlt; vom vierten Monat ab betrug der Pflegekostensatz täglich 1 ℳ. In diese Sätze sind einbegriffen die Kosten für Hin- und Rückreise, für Haftpflichtversicherung, Beaufsichtigung, Schulunterricht, Bäder und ärztliche Behandlung. In Holdheim, wo den Kindern Kleidung (außer Schuhzeug) gewährt wird, betrug der Pflegesatz 1,30 ℳ täglich, in Oldesloe für 4 Wochen 60 ℳ einschließlich der Soolbäder, in Lüneburg und Edmundstal-Siemerswalde 2 ℳ täglich, im Groß-Borsteler Kinderheim 20 ℳ monatlich, in der

Digitized by Google

Walderholungsstätte zu Wesloe 1,20 M. täglich. Für die in ländlicher Familienpflege befindlichen Kinder sind folgende Pflegesätze entrichtet worden: für Kinder im ersten Lebensjahre jährlich 220 M., im zweiten Lebensjahre 180 M., Knaben vom 3.—15. Lebensjahre 180 M., Mädchen vom 3.—15. Lebensjahre 160 M. Eine Beschulung der Kinder fand statt im eigenen Erholungsheim Groß-Hansdorf, in der Ostseekolonie Lensterhof, in der Walderholungsstätte Wesloe, im Holdheimstift und für die in Familien untergebrachten Kinder in den verschiedensten ländlichen Schulen.

Im Erholungsheim Groß-Hansdorf erhält jedes Kind einen 20 qm großen Garten zur Bewirtschaftung überwiesen. Über jeden Garten wird von dem Besitzer genau Buch geführt, das heißt, es werden die Aufwendungen für Sämereien usw. und die Einnahmen an Früchten, die zum Tagespreise an das Heim verkauft werden, gegenübergestellt. Den dabei von dem einzelnen Gartenbesitzer erzielten Gewinn verdoppelt die Landesversicherungsanstalt aus der ihr überwiesenen Waisenrente. Die von den Kindern erzielten Gewinne und die ihnen gewährten Zuschüsse sind vorerst auf der Sparkasse angelegt worden. Auf diese Weise wurden für insgesamt 52 Kinder im Jahre 1915 456,22 M. oder durchschnittlich 8,77 M. für das Kind auf Sparkonto überwiesen. Neben schönen Gartenanlagen finden wir in Groß-Hansdorf noch ein herrlich angelegtes Luftbad, ferner ein Wasserbad.

Aus den ärztlichen Berichten geht hervor, daß die Gewichtszunahme in Groß-Hansdorf bei einer Aufenthaltsdauer von 1—3 Monaten bei 16 Kindern durchschnittlich 2,7 kg betrug, von 3—6 Monaten bei 33 Kindern durchschnittlich 2,3 kg, von 6—9 Monaten bei 4 Kindern 2,2 kg, von 9—12 Monaten bei 34 Kindern 1,6 kg. Auch in den anderen Erholungsheimen wurden zum Teil erhebliche Gewichtszunahmen festgestellt und die Heilerfolge als recht befriedigend bezeichnet, sodaß die Waisenfürsorge der Landesversicherungsanstalt der Hansastädte überall ihren Zweck erfüllt hat.

Nach dem letzten Geschäftsbericht waren 1915 400 Kinder (192 Knaben und 208 Mädchen) in Waisenfürsorge genommen. Die Gesamtkosten dafür beliefen sich auf insgesamt 145 751,61 M. Ferner befanden sich 1915 noch 286 Kinder lebender tuberkulöser Eltern in Heilfürsorge. Die Gesamtkosten dieser Fürsorge stellten sich auf 41 105,57 M. Durch entsprechende Fürsorge wurden diese Kinder körperlich so gekräftigt, daß sie der von den Eltern drohenden Ansteckung besser widerstehen können. — Der Waisenfürsorge ihre besondere Beachtung zu schenken, dürfte zu den nächsten Aufgaben der Landesversicherungsanstalten gehören.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Hat ein ausgesteuertes Kassenmitglied wegen Unfalls Anspruch auf Leistungen aus § 573 RVO.?

1. **Nach Bonn.** Frage: Ein Arbeiter ist von unserer Kasse wegen eines chronischen Kopf- und Ohrenleidens bereits ausgesteuert; nach ärztlichem Gutachten ist an eine Heilung nicht zu denken und kann der Betreffende infolgedessen einen neuen Anspruch in absehbarer Zeit nicht mehr haben. Er übernimmt eine Arbeit in einem Fensterreinigungs-Institut; nach kurzer Zeit fällt er infolge seines Kopfleidens durch aufgetretenen Schwindel von der Leiter und bricht ein Bein. § 573 RVO. schreibt nun vor, daß dem Unfallverletzten, der auf Grund der Reichsversicherungsordnung gegen Krankheit versichert ist, mindestens die Regelleistungen an Krankenhilfe zu gewähren sind. Das Reichsversicherungsamt hat diese Vorschrift in einer Entscheidung vom 26. Juli 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 669, ArbVers. 1916 S. 62) dahin ausgelegt, daß hier nur zwischen versicherten und nichtversicherten Verletzten zu unterscheiden sei, und hat daher einem Unständigen, welcher die Wartezeit noch nicht erfüllt hatte, den Anspruch auf Krankenhilfe nach § 573 zugesprochen. Wir sind nun im Zweifel darüber, ob § 573 soweit gehen soll, daß auch einem wegen seines chronischen Leidens bereits ausgesteuerten Mitgliede bei Eintritt eines Unfalles trotzdem die Regelleistungen gewährt werden sollen. Wir bitten um Mitteilung Ihrer Ansicht.

Antwort: Zunächst ist Ihre Annahme zweifelhaft, daß der Versicherte auf Grund der Unfallerkrankung einen Anspruch an die Kasse nicht erlangt habe, weil er wegen seines chronischen Leidens bereits ausgesteuert gewesen sei. Er war nicht arbeitsunfähig, wenn er ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens seiner Arbeit nachgehen konnte. Bedurfte er auch vor dem Unfalle nicht der Krankenpflege, so stellt sich die Unfallerkrankung als neuer Versicherungsfall dar, wegen dessen ein neuer Anspruch an die Kasse begründet ist. — Sollte die Sache aber in tatsächlicher Hinsicht anders liegen, so daß eine einheitlich fortdauernde, durch den Unfall aber nur verschlimmerte Krankheit im Sinne der Krankenversicherung vorläge und ein neuer Anspruch des bereits Ausgesteuerten an die Kasse an sich nicht begründet wäre, so käme allerdings in Frage, ob der Verletzte einen solchen Anspruch gleichwohl aus § 573 RVO. herleiten kann. Nach einer neueren Entscheidung des RVA. vom 11. Dezember 1916, die wir im vorliegenden Heft Seite 160/161 veröffentlichen, wird diese Frage auch im vorliegenden Falle zu bejahen sein. Sie beruht vor allem auf der Erwägung, daß kein Versicherter, der einen Unfall erlitten hat, schlechter gestellt sein darf, als ein nicht gegen Krankheit Versicherter, der doch, sofern er gegen Unfall versichert ist, Anspruch auf Krankenhilfe nach § 577 hat. In unserer Auskunft 1916 Heft 34 S. 814 Ziff. 4 haben wir zwar eine gegenteilige Ansicht vertreten, aber auch schon auf das sich aus § 577 ergebende Bedenken hingewiesen.

Digitized by Google

Zur Rechtslage der Versicherungsträger, wenn der Beitragsschuldner unter Geschäftsaufsicht steht.

2. **Nach Berlin-Tempelhof.** Antwort: Während der Dauer der Geschäftsaufsicht finden nach § 6 der Bek. v. 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1359) Zwangsvollstreckungen in das Vermögen des Schuldners auch wegen der Beiträge aus der Sozialversicherung nicht statt. Daß diese Beiträge im Falle der Konkurseröffnung zweifellos gedeckt werden würden, kann eine Abweichung von dieser Vorschrift nicht rechtfertigen. Die Geschäftsaufsicht ist eben zur Abwendung des Konkurses angeordnet, damit, ungestört von Angriffen der Gläubiger, eine Fortführung und gegebenenfalls Abwicklung des Geschäftes erfolgen kann, die dem Schuldner die Erhaltung seiner wirtschaftlichen Existenz über die Kriegsverhältnisse hinaus ermöglicht. Soweit hinreichende Mittel vorhanden sind, sind sie zur Befriedigung der Gläubiger, unter entsprechender Anwendung der Grundsätze der Konkursordnung, zu verwenden; Abweichungen hiervon sind nur mit Zustimmung des Gerichts zulässig (§ 5 der Bek.). Hierdurch ist dem gesetzlichen Vorrechte der Beitragsforderungen auch im Rahmen der Geschäftsaufsicht Rechnung getragen.

a) Kann das Versicherungsamt eine von ihm erlassene Strafverfügung (§ 530 RVO.) zurücknehmen? b) Verjährung der Strafverfolgung wegen verletzter Anmeldepflicht. c) Buchung der Strafbeiträge aus § 531 Abs. 2. d) Die Beitragspflicht des Unständigen wird durch § 452 nicht berührt.

3. **Nach G. 183.** Antwort: a) Nachdem der Arbeitgeber die Entscheidung des Versicherungsamts, wodurch gegen den Arbeitgeber eine Strafe wegen unterlassener Anmeldung festgesetzt war (§ 530 RVO.), mittels Beschwerde angefochten hatte, mußte das Oberversicherungsamt hierüber entscheiden und durfte nicht dem Versicherungsamt „anheimgeben, die Strafverfügung zurückzunehmen", und das Versicherungsamt mußte dies Ansinnen zurückweisen, weil die Entscheidung, zumal nachdem sie angefochten war, nur vom Oberversicherungsamt aufgehoben werden konnte. Die Kasse wird nun die zweite Entscheidung des Versicherungsamts — die Zurücknahme der Strafverfügung — mit Beschwerde beim Oberversicherungsamt angreifen müssen, wobei es sich empfehlen wird, zu beantragen, daß die Sache gemäß §§ 1799, 1693 an das Reichsversicherungsamt abgegeben werde zur Entscheidung der beiden grundsätzlichen Fragen: der formellen, ob das Versicherungsamt seine mit Beschwerde angefochtene Entscheidung „zurücknehmen" durfte, und der sachlichen, ob ein abgelehnter Antrag des Arbeitgebers auf Befreiung eines Beschäftigten von der Versicherungspflicht, der nicht alle für die Anmeldung wesentlichen Angaben enthält, gleichwohl als Anmeldung nach § 317 genügt. Wir meinen, daß auch diese zweite Frage verneint werden muß.

b) Die Verjährungsfrist von drei Monaten für die Strafverfolgung wegen Verletzung der Anmeldepflicht beginnt erst mit dem Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung oder schon vorher mit der Nachholung der Anmeldung (Entsch. des RVA. 2240 Amtl. Nachr. 1916 S. 597). Die Verjährung wird nicht schon durch den Strafantrag unterbrochen, sondern erst durch eine gegen den Arbeitgeber gerichtete Handlung des Versicherungsamts (§ 147 Satz 3).

c) Im Sinne der Vorschriften über den Rechnungsabschluß sind unter „Beiträgen" nur die laufenden Beiträge zu verstehen, nicht auch die Strafleistung, welche dem Arbeitgeber nach § 531 Abs. 2 auferlegt wird. Das ergibt sich auch aus dem amtlichen Muster, das unter Kap. 2 Tit. 2 nur die Beitragsteile der Arbeitgeber erwähnt. Die Strafleistung gehört unter „Sonstige".

d) Ein Unständiger, der wegen Beitragsverzugs nach § 452 RVO. nur Krankenpflege erhält, wird deshalb von der Pflicht zur Zahlung der rückständigen Beiträge nicht frei. Das Gesetz hätte eine solche Folge aussprechen müssen, wenn es sie gewollt hätte.

Rückforderung zu Unrecht gewährter Kassenleistung — Ersatzanspruch gegen Arzt und Apotheker?

4. **B. 100.** Antwort: Das Reichsversicherungsamt nimmt an, daß die Krankenkasse die Rückforderung einer zu Unrecht gewährten Kassenleistung von dem Versicherten nur im ordentlichen Rechtswege geltendmachen kann (Arb. Vers., 1916, S. 34; dagegen Hahn, daselbst S. 97 ff.). Eine vorgängige Anrufung des Versicherungsamts ist danach nicht erforderlich. — Wenn die beiden ärztlichen Äußerungen über den Fall sich widersprechen, so wäre zunächst festzustellen, welche von ihnen unrichtig ist. Nimmt man aber ohne weiteres an, daß durch die zweite Auskunft die erste widerrufen und als unrichtig erwiesen sei, so würde ein Schadenersatzanspruch der Kasse gegen den Arzt allerdings begründet sein, wenn ihm bei Erteilung der ersten Auskunft, welche die Kasse zur Gewährung der Krankenhilfe im vollen Umfange veranlaßt hat, eine Fahrlässigkeit zur Last fiel. Denn indem der Arzt dem Ersuchen der Kasse um Äußerung über den Krankheitsfall entsprach, übernahm er die Pflicht zu wahrhaftiger Begutachtung und hatte dabei die im Verkehr erforderliche Sorgfalt zu beobachten (§ 276 BGB.). Ließ er diese außer acht, so haftet er für den der Kasse entstandenen Schaden, also für den Fall, daß die Kasse von dem zu Unrecht Unterstützten Ersatz nicht erlangen kann. Die Kasse könnte hiernach in dem Rechtsstreit mit dem Unterstützten dem Arzt den Streit verkünden. — Eine Ersatzpflicht des Apothekers kommt nicht in Frage. Denn die Kasse muß die auf ihrem Rezeptformular verschriebene Verordnung als für ihre Rechnung erfolgt gelten lassen.

Kriegswochenhilfe für ein uneheliches Kind.

5. **Nach Freienwalde a. O.** Frage: Eine uneheliche Wöchnerin bezieht Wochenhilfe gemäß § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914. Da alle Voraussetzungen für die Gewährung der Kriegswochenhilfe gemäß der Bek. vom 23. April 1915 erfüllt sind, beantragt sie diese. Der Lieferungsverband genehmigt den Antrag vom 2. Oktober 1916 ab, weil erst von diesem Tage ab Familienunterstützung auf Grund des Gesetzes vom 28. Februar 1888 in der Fassung des Gesetzes vom 4. August 1914 gewährt wird. (Vergl. § 3 der Bek. betr. Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges vom 23. April 1915.) Da die Wöchnerin am 10. September 1916 geboren hat, verliert sie, weil sie satzungsmäßig nur 0,60 ℳ Wochengeld erhält, von der Geburt an bis zum 2. Oktober 1916 pro Tag 0,40 ℳ Wochengeld. Ferner verliert die Kasse die Entbindungskosten. Ist diese einschränkende Genehmigung des Lieferungsverbandes zulässig?

Antwort: Die Frage dürfte zu bejahen sein. Denn § 3 der Bek. vom 23. April 1915 stellt den Anspruch der unehelichen Wöchnerin als weitere besondere Voraussetzung auf. Die Begründung zu diesem § 3 (Arb. Vers. 1915, S. 321) bemerkt: Die Novelle zum Unterstützungsgesetze vom 4. August 1914 billige auch den unehelichen Kindern dann eine Unter-

Digitized by Google

stützung zu, wenn die Verpflichtung des Vaters zur Gewährung des Unterhalts festgestellt ist. „Es erschien unbedenklich, in allen Fällen, in denen danach die Vaterschaft als anerkannt gilt, diese auch für die Frage der Wochenhilfe als ausreichend dargetan zu erachten." Es soll also nicht wegen der Wochenhilfe eine besondere Ermittelung hinsichtlich der Vaterschaft stattfinden, sondern die Leistung von der Tatsache abhängig sein, daß das Kind auf Grund jener Novelle unterstützt wird. Vor diesem Zeitpunkte besteht kein Anspruch auf Wochenhilfe. Die anderweite Feststellung der Vaterschaft genügt nicht zur Begründung des Anspruchs (zu vgl. Liebrecht im Preuß. Verw. Bl. 37, S. 17)

Berechnung der einjährigen Frist aus § 1253, Satz 1 RVO. vom Eingang des Rentenantrags bei der Ortsbehörde.

6. Nach Siegen. Antwort: Wir halten die Entscheidung des Oberversicherungsamts für unrichtig. Grundsätzlich wird nach § 1253 RVO. keine Rente für mehr als ein Jahr rückwärts, vom Eingang des Antrags gerechnet, gezahlt. Gemeint kann nur sein der Tag des Eingangs bei der zuständigen Behörde, d. h. bei der für den Eingang, für die Entgegennahme des Antrags zuständigen Behörde. Deshalb trifft die Berufung auf § 1613 RVO. nicht zu, wonach Anträge auf Leistungen der Invalidenversicherung „an das Versicherungsamt zu richten" sind. Das bedeutet nur, daß das Versicherungsamt, als die zur Behandlung der Sache nach §§ 1617 ff zuständige Stelle, anzurufen, nicht aber, daß es ausschließlich auch zur Entgegennahme des Antrags zuständig ist. Wenn nach dem Erlaß des preuß. Handelsministers vom 29. August 1912 (HMBl. 472) die Gemeinde- und Ortspolizeibehörden die Anträge aufnehmen können, so nehmen sie sie „an Stelle der Versicherungsämter" entgegen (§ 111 Ziff. 3 RVO.), und hiermit gilt der Antrag als eingegangen auch im Sinne des § 1253. Mit Recht kann für diese Auffassung auch auf die Entsch. des RVA. 2157 (zu 2) Amtl. Nachr. 1916, S. 365 verwiesen werden.

Kriegswochengeld für zwei Wochen vor der Niederkunft.

7. Nach Elberfeld. Frage: Die Frau eines zum Kriegsdienst eingezogenen Mitgliedes bezog von unserer Kasse aus Anlaß ihrer am 22. November 1916 erfolgten Niederkunft auf Grund der Bek. vom 3. Dezember 1914 Kriegswochenhilfe, bis zu der am 14. Dezember erfolgten Rückkehr ihres Mannes aus dem Kriegsdienst. Das Wochengeld zahlt unsere Kasse allgemein für 2 Wochen vor und 6 Wochen nach der Entbindung, wozu sie sich nach § 3 der Bek. für berechtigt hält. Das Versicherungsamt lehnt aber die Erstattung des in dem eingangs bezeichneten Falle für die beiden Wochen vor der Entbindung gezahlten Wochengeldes ab und erteilt nur Anweisung zur Zahlung des Wochengeldes vom Tage der Entbindung ab bis zur Entlassung des Mannes aus dem Dienst. Welche Auffassung ist richtig?

Antwort: Wir halten die Auffassung der Kasse für richtig. Das Reichsversicherungsamt hat die entsprechende Vorschrift im § 195 RVO. dahin ausgelegt, daß sie eine gesetzliche Ermächtigung für die Kasse enthalte, von der nach pflichtmäßigem Ermessen Gebrauch zu machen sei (ArbVers. 1915 S. 445). Nicht anders ist § 3 Ziff. 2 der Bek. zu verstehen. Daß von den acht Wochen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen, setzt selbstverständlich voraus, daß der Anspruch an sich noch mindestens für sechs Wochen nach der Niederkunft besteht. Fällt er schon früher, also z. B. wie im vorliegenden Fall nach drei Wochen (von der Niederkunft an) weg, z. B. durch den Tod der Wöchnerin oder im vorliegenden Falle durch Heimkehr des Mannes, so brauchen nur drei Wochen in die Zeit nach der Niederkunft zu fallen. Jedenfalls bleibt davon unberührt die Ermächtigung der Kasse, das Wochengeld für die vor der Niederkunft liegenden zwei Wochen zu zahlen. Danach ist die Ansicht des Versicherungsamts irrig.

Kein Anspruch aus § 193, Abs. 3 RVO., wenn der Versicherte Krankenpflege durch die Heeresverwaltung empfängt.

8. Nach Spremberg. Antwort: Ihre Auffassung ist nicht richtig. Bei Anwendung des § 193, Abs. 3 RVO. kommt es allerdings auf die Höhe des dem Versicherten entstandenen Aufwands für Krankenpflege an, sondern es ist ihm dafür der festgesetzte Pauschbetrag zu zahlen. Wenn er aber überhaupt keinen Aufwand zu machen hatte, weil ihm die Krankenpflege von anderer Seite (von der Heeresverwaltung) gewährt worden ist, so entfällt sein Anspruch auf entsprechende Leistungen der Kasse überhaupt und folglich auch der Ersatzanspruch aus § 193, Abs. 3 (zu vgl. Arb. Vers. 1915, S. 432, Ziff. 15 und Entsch. des RVA. 2042 Amtl. Nachr. 1915, S. 573).

Versicherungsrechtliche Stellung eines Küchenchefs im Hotel.

9. Nach Chemnitz. Antwort: Der Küchenchef eines Hotels, der unter normalen Betriebsverhältnissen 3 Köche, 3 Lehrlinge und außerdem noch das erforderliche weibliche Küchenpersonal anleitet und beaufsichtigt, dem überdies auch die Anstellung (wenn auch nicht Entlohnung) und Entlassung dieser Leute übertragen ist, ist als Betriebsbeamter oder doch jedenfalls als ein Angestellter in ähnlich gehobener Stellung anzusehen, da er eine wesentlich leitende Stellung innehat und in seinem Wirkungskreise den Arbeitgeber vertritt (zu vgl. Entscheidung des Oberlandesgerichts Frankfurt a. M. in ArbVers. 1911 S. 659). Wenn ihm gegenwärtig infolge der Kriegsverhältnisse nur 1 Koch, 2 Lehrlinge und „das übliche Küchenpersonal" unterstellt sind, so rechtfertigt das nicht eine andere Beurteilung, da das Wesen seiner Aufgaben und seiner Stellung im Betriebe und nach außen von dieser durch außerordentliche Verhältnisse bedingten Einschränkung nicht berührt wird. Ebenso ist es ohne Belang, daß er, entsprechend „den jeweiligen Personalverhältnissen", sich auch selbst am Zurichten der Speisen beteiligt. Denn besonders unter den gegenwärtigen Verhältnissen scheuen sich allenthalben auch Angestellte in gehobener Stellung nicht, nach Bedarf auch bei untergeordneten Arbeiten tätig mitzuwirken, ohne daß dies ihrer Stellung Eintrag tut. Hiernach halten wir den Küchenchef bei einem Jahresarbeitsverdienst von über 5000 ℳ für versicherungsfrei, sowohl nach § 165 Abs. 2 RVO. als auch nach § 1 AVG.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1901 von J. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Kaskel; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Heymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1166 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. März 1917 | Heft 8

Zur Rechtsstellung der auf Lebenszeit angestellten Krankenkassenbeamten.

Von Rechtsanwalt Dr. Herzfeld in Wildpark-Potsdam.

Das Reichsversicherungsamt, Beschlußsenat der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, hat neuerdings eine Entscheidung von grundsätzlicher Wichtigkeit erlassen, durch die der § 29 des (im Verlag von Carl Heymann erschienenen) Normalregulativs für die Anstellung von Kassenbeamten für ungültig erklärt wird, welcher lautet: „Bei Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse der Beamten gelten bis zu einer etwa erfolgenden anderen gesetzlichen Regelung die Bestimmungen des § 358 RVO. entsprechend." Diese Bestimmung ist von einer ganzen Anzahl von Oberversicherungsämtern in die von ihnen ausgearbeiteten Regulative übernommen worden. Es ist daher wohl zu erwarten, daß demnächst ein Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe ergehen wird, der eine andere Fassung des § 29 empfiehlt.

Der der Entscheidung zugrunde liegende Sachverhalt war folgender: Ein preußisches Oberversicherungsamt hatte für die auf Lebenszeit angestellten Beamten einer Krankenkasse ein Regulativ erlassen und ihnen bei Zustellung des Regulativs gemäß dem gemeinschaftlichen Erlaß der preußischen Minister für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft, Domänen und Forsten vom 18. Februar 1914 eine Bescheinigung darüber erteilt, daß ihnen gemäß § 359 Abs. 4 RVO. die Rechte und Pflichten von Gemeindebeamten unter Bezugnahme auf dieses Regulativ übertragen seien. Gegen das Regulativ erhob der Kassenvorstand Einspruch und machte vor allem Bedenken gegen die Höhe der darin für die Beamten festgesetzten Gehälter geltend.

Das Oberversicherungsamt änderte hierauf sein eigenes Regulativ in verschiedenen Punkten ab und stellte insbesondere den Besoldungsplan wieder her, wie er vor Erlaß des Regulativs vom Vorstand der Krankenkasse für die Beamten aufgestellt worden war. Die Beamten mußten infolgedessen den Unterschied zwischen dem im Regulativ festgesetzten und ihrem früheren Gehalt, das sie inzwischen erhalten hatten, wieder zurückzahlen.

Obwohl sie von der Ansicht ausgingen, die oben angeführte Bestimmung des § 29 des Regulativs, die wörtlich im ursprünglichen Regulativ enthalten und in dem abgeänderten Regulativ stehen geblieben war, sei ungültig, weil das Verfahren aus § 358 RVO. sich nur auf die Kassenangestellten beziehe, die der Dienstordnung unterstehen, während die Kassenbeamten davon ausdrücklich ausgeschlossen seien und ihm auch nicht durch Regulativ unterworfen werden könnten, riefen die betreffenden Kassenbeamten doch aus Zweckmäßigkeitsgründen zunächst die Entscheidung des Versicherungs-

Digitized by Google

amts gemäß § 358 RVO. an. Sie machten geltend, die verfügten Abänderungen des Regulativs gälten nur für künftige Anstellungen und berührten ihre wohlerworbenen Rechte auf das höhere Gehalt nicht, sie verlangten daher die Weiterzahlung der im ursprünglichen Regulativ festgesetzten Beträge.

Das Versicherungsamt lehnte zunächst den Antrag auf Beschlußfassung ab und erklärte sich für unzuständig, weil das Verfahren nach § 358 RVO. für Kassenbeamte nicht gelte, ihnen vielmehr ohne weiteres in vermögensrechtlichen Streitigkeiten der Klageweg bei den ordentlichen Gerichten offen stehe, für eine Entscheidung des Versicherungsamts aus Abs. 1 des § 358 RVO. daher kein Raum gegeben sei; in der Bestimmung des § 29 des Regulativs liege eine unzulässige Verkürzung ihrer Rechte; eine durch Reichsgesetz festgelegte Vorschrift könne nicht durch Regulativ zuungunsten derjenigen geändert werden, für die das Gesetz ausdrückliche Bestimmungen treffe.*)

Das Oberversicherungsamt hob indessen diese Entscheidung auf und wies das Versicherungsamt an, über den Antrag der Beschwerdeführer zu entscheiden. Es vertrat dabei den Standpunkt, die Bestimmung in § 29 des Regulativs sei zulässig, weil in der entsprechenden Anwendung des § 358 RVO., insbesondere Abs. 2 und 3, auf die Streitigkeiten der Beamten nicht eine Verkürzung ihrer Rechte, sondern höchstens eine Verzögerung der Entscheidung zu erblicken sei.

Nunmehr fällte der Vorsitzende des Versicherungsamts eine Vorentscheidung dahin, daß die Beamten durch die vom Oberversicherungsamt verfügten Abänderungen des Regulativs nicht betroffen würden. Aus der Entscheidung geht hervor, daß die Beamten sich zuerst beschwerdeführend an den Minister für Handel und Gewerbe gewendet hatten, daß dieser aber dem Oberversicherungsamt die Befugnis zuerkannt hat, die Bestimmungen des Regulativs „im Bedarfsfalle" zu ändern. Allerdings hatte der Minister gleichzeitig das Oberversicherungsamt beauftragt, zu prüfen, ob eine mäßige Erhöhung der durch dessen Anordnung herabgesetzten Gehälter geboten erscheine; die daraufhin eingeleiteten Einigungsverhandlungen über die Gehaltssätze zwischen Vorstand und Kassenbeamten waren indessen ergebnislos verlaufen. Das Versicherungsamt spricht in seiner Entscheidung (und zwar meines Erachtens mit Recht) aus, daß die Befugnis des Oberversicherungsamts zur Abänderung des Regulativs nicht dazu führen dürfe, in bereits begründete vermögensrechtliche Ansprüche einzugreifen und wohlerworbene Ansprüche zu schmälern; die Beamten hätten durch die Bescheide des Oberversicherungsamts die Rechte und Pflichten von Gemeindebeamten unter ausdrücklicher Bezugnahme auf das Regulativ in seiner ersten Fassung erlangt und damit auch die aus dem Besoldungsplan dieses Regulativs sich ergebenden Gehaltsansprüche erworben. Wenn es auch als rechtlich zulässig erachtet werden dürfe, daß im Regulativ enthaltene Verwaltungsdienstvorschriften allgemeiner Art durch die zuständige Verwaltungsbehörde mit Wirkung für das gesamte bereits vorhandene Angestelltenpersonal abgeändert werden, so erscheine doch eine Abänderung von Vorschriften ausgeschlossen, die zugleich mit anderen hinzugetretenen rechtsgültigen Verwaltungsakten bereits vermögensrechtliche Ansprüche einzelner Personen begründet haben (zu vgl. die Auskunft in Arb. Vers. 1915 S. 165 Ziff. 3).

Die von dem Kassenvorstand hiergegen eingelegte Beschwerde hat das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) gemäß §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt

*) Das Versicherungsamt ist dabei gar nicht auf die Frage eingegangen, ob es sich hier um eine „Streitigkeit aus dem Dienstverhältnis" im Sinne des Abs. 1 § 358 RVO. handelt und nicht vielmehr um „vermögensrechtliche Ansprüche" im Sinne der Abs. 2 und 3 des § 358 (vgl. hierüber Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, zu § 358); wenn überhaupt eine Vorentscheidung am Platze war, so wäre es eine solche nach Abs. 3 gewesen. Das Reichsversicherungsamt hat indessen diese Frage gar nicht berührt, da es jede Vorentscheidung nach der Reichsversicherungsordnung für unzulässig hält.

Digitized by Google

zur grundsätzlichen Entscheidung abgegeben. Das Oberversicherungsamt findet die formelle Voraussetzung für die Abgabe darin, daß es nach dem auf Grund des Regulativs anzuwendenden § 358 Abs. 1 RVO. endgültig zu entscheiden hätte; wenn auch gegen die Entscheidung nach Abs. 3 des § 358 RVO. noch die Klage beim ordentlichen Gericht zulässig sei, so müsse sie doch insofern als endgültig gelten, als in dem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung weitere Rechtsmittel nicht gegeben seien. In der Sache selbst mißbilligt es den Standpunkt des Versicherungsamts und erklärt das Regulativ für ein einheitliches Ganzes, in dem sich Verwaltungs- und Dienstvorschriften allgemeiner Art nicht von den besonderen Vorschriften über vermögensrechtliche Ansprüche trennen ließen. Das Recht zum Erlaß eines Regulativs umfasse auch das Recht zu dessen Abänderung entsprechend dem jeweiligen Bedürfnisse. In der Begründung zur Reichsversicherungsordnung (S. 210) sei der Landesregierung ausdrücklich überlassen, wie die Rechte und Pflichten im einzelnen den Beamten zu übertragen seien. Die Kassen dürften freilich die Rechte, die den Beamten nach dem Regulativ zustehen, ebensowenig einseitig abändern, wie dies Staat und Gemeinde mit den bei der Anstellung ihrer Beamten erworbenen Vermögensrechten, namentlich den Gehaltsansprüchen, tun dürften. Das Oberversicherungsamt nehme aber gegenüber den Kassenbeamten auf Grund des Ministerialerlasses vom 18. Februar 1914 eine ähnliche Stellung ein, wie der Gesetzgeber gegenüber anderen Beamtenklassen. Durch Gesetz könnten auch bereits erworbene Gehaltsansprüche der staatlichen oder Gemeindebeamten abgeändert werden, das Regulativ stehe in dieser Beziehung dem Gesetz gleich. Allerdings könne der Abänderung des ursprünglichen Regulativs keine rückwirkende Kraft zukommen; der Anspruch der Beamten sei daher für die Zeit bis zum Erlaß der Abänderung berechtigt.

Das Reichsversicherungsamt, Beschlußsenat, hat nun durch Entsch. vom 11. November 1916 die Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts aufgehoben mit folgender Begründung:

Nach dem klaren Wortlaut des § 358 RVO. gilt das dort vorgesehene Verfahren nur für Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse der Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen. Diese Voraussetzung trifft für solche Kassenangestellte nicht zu, die nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind oder nach § 359 deren Rechte und Pflichten haben. Denn eine Dienstordnung ist gemäß § 351 nur für die übrigen Angestellten aufzustellen. Bei Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse von Kassenbeamten kann also § 358 nicht angewendet werden (ebenso Hahn, Handbuch der Krankenvers. Anm. 1a zu § 358 der RVO., Hoffmann, Kommentar Anm. 4 zu § 358, Hoffmann, „Krankenkassenbeamte" in der Mon. Schr. für Arb. u. Angest. Vers. 1913 Sp. 433 ff., insbesondere Sp. 447, 448). Dessen bedarf es auch nicht. Denn für sie gelten im allgemeinen die Bestimmungen, die für die gleichartigen Beamten der betreffenden Bundesstaaten erlassen sind (zu vgl. auch Begr. S. 207 zu § 362 des Entwurfs, jetzt § 351 des Gesetzes). Insbesondere sind ihre Ansprüche gegen die Kasse im ordentlichen Rechtswege zu verfolgen, soweit nicht in einzelnen Richtungen besondere Vorschriften des bundesstaatlichen Beamtenrechts gelten. Das in § 358, insbesondere Abs. 2, 3 geordnete Verfahren läßt sich auch nicht im Wege einer ausdrücklichen Regulativbestimmung für die Streitigkeiten von Kassenbeamten einführen. Hierin läge nicht, wie das Oberversicherungsamt annimmt, lediglich eine zulässige Verzögerung der Entscheidung, sondern eine unzulässige Beschränkung des Rechtswegs. Eine solche ist zweifellos schon dann anzunehmen, wenn ein Rechtsuchender gezwungen wird, andere Instanzen anzurufen, bevor ihm der ordentliche Rechtsweg eröffnet ist. Hiervon geht offenbar auch das Reichsgericht in der Entscheidung vom 10. Juli 1908 (Entsch. in Zivils. 69 S. 183) aus, in der es sich um den ähnlich liegenden Fall des § 7 des Preußischen Kommunalbeamtengesetzes vom 30. Juli 1899 handelt, wonach die Beschreitung des Rechtswegs von einer Vorentscheidung des Bezirksausschusses abhängig gemacht wird. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Landesregierung, der es nach der Begründung zu § 369 des Entwurfs, jetzt § 359 des Gesetzes, überlassen ist, wie die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten im einzelnen zu übertragen sind, zu einer solchen allgemeinen Beschränkung des Rechtswegs für die Kassenbeamten berechtigt wäre. Keinesfalls kann eine derartige Befugnis den einzelnen Oberversicherungsämtern zugestanden werden. Denn ihnen ist nur die nähere Ausführung des erwähnten Ministerialerlasses vom 18. Februar 1914

Digitized by Google

nach Maßgabe der dort aufgestellten Gesichtspunkte übertragen. Bei dieser Sachlage brauchte zu der weiteren Frage nicht Stellung genommen zu werden, welche Bedeutung dem Umstande im einzelnen beizumessen ist, daß den Kassenbeamten durch den Erlaß vom 18. Februar 1914 die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen worden sind, insbesondere ob sie diesen Beamten nunmehr in allen Punkten gleichstehen (zu vgl. die erwähnt: Entsch. Reichsger. v. 10. Juli 1908, die Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts v. 1. Dezember 1903 im Preuß. Verwaltungsbl. 1903/04 S. 447; Hanow, Kommentar Anm. 6 zu § 1348, Hoffmann, „Krankenkassenbeamte" a. a. O. Sp. 446). Vielmehr genügte die Feststellung, daß in Fällen der vorliegenden Art das in § 358 geordnete Verfahren vor den Versicherungsbehörden weder unmittelbar noch kraft einer Bestimmung des Regulativs entsprechend angewendet werden darf. Das mußte zur Aufhebung der angefochtenen Entscheidung führen.

Die Entscheidung ist von einleuchtender grundsätzlicher Wichtigkeit. Zu bedauern ist nur, daß das Reichsversicherungsamt — wozu es allerdings durch die Sachlage nicht genötigt war — zu der Frage keine Stellung genommen hat, ob die mit Rechten und Pflichten der Gemeindebeamten ausgestatteten Kassenbeamten vor Beschreitung des ordentlichen Rechtswegs eine Vorentscheidung gemäß § 7 des Kommunalbeamtengesetzes vom 30. Juli 1899 einzuholen haben. Der Widerstreit zwischen der Rechtsprechung des Reichsgerichts (Urt. vom 10. Juli 1909, Entsch. in ZS. 69 S. 183) und der des Oberverwaltungsgerichts (Urt. vom 1. Dezember 1903, Preuß. Verw. Bl. 25 S. 447) bleibt bestehen. Mir scheint, daß die Ansicht des Reichsgerichts, wenn sie auch den klagenden Beamten zu der umständlichen Anrufung der Vorentscheidung nötigt, den Vorzug verdient. Die Begründung, daß die gesetzliche Übertragung der Rechte und Pflichten einer Beamtenkategorie auf eine andere dieser die gleiche rechtliche Stellung gewähre, da sich die Stellung eines Beamten im wesentlichen in seinen Rechten und Pflichten erschöpfe, erscheint mir einleuchtend. Die mit den Rechten der Gemeindebeamten ausgestatteten Kassenbeamten werden bei Verfolgung von Gehaltsansprüchen in Preußen, um einen negativen Kompetenzkonflikt zu vermeiden, jedenfalls schon aus Zweckmäßigkeitsgründen guttun, gemäß § 7 des Kommunalbeamtengesetzes vor der Klage im ordentlichen Rechtswege zunächst die Beschlußfassung des Bezirksausschusses herbeiführen.

Erfreulich ist diese Lösung der Frage für die Kassenbeamten nicht, da sie zweifellos zu einer Verzögerung in der Verfolgung ihrer Ansprüche führt; dies um so mehr, als sie sich zwar mit dem erstinstanzlichen Beschluß begnügen können und vor Erhebung der Klage im Rechtswege die Beschwerdeinstanz nicht zu erschöpfen brauchen (vgl. im Gegensatz dazu für die Reichs- und Staatsbeamten § 150 des Reichsbeamtengesetzes vom 31. Mai 1873), aber gewärtig sein müssen, daß die Gegenpartei von dem Rechte der Beschwerde Gebrauch macht und dadurch die endgültige Entscheidung verzögert.

An Stelle des § 29 des Normalregulativs würde sich für die Zukunft wohl am besten eine Bestimmung empfehlen, wie sie in dem von dem Geschäftsführer Adorf der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises Hattingen ausgearbeiteten und von zahlreichen Oberversicherungsämtern angenommenen Musterregulativ enthalten ist. Sie lautet: „Über streitige vermögensrechtliche Ansprüche der Kassenbeamten aus ihrem Dienstverhältnisse, insbesondere über Ansprüche auf Besoldung, Reisekostenentschädigung, Pension, sowie über streitige Ansprüche der Hinterbliebenen der Beamten auf Gnadenbezüge oder Witwen- und Waisengeld beschließt der Bezirksausschuß (Kreisausschuß).

Die Beschlußfassung erfolgt, soweit sie sich auf die Frage erstreckt, welcher Teil des Diensteinkommens bei Feststellung der Pensionsansprüche als Gehalt anzusehen ist, vorbehaltlich der den Beteiligten innerhalb zwei Wochen bei dem Bezirksausschuß (Kreisausschuß) gegeneinander zustehenden Klage im Verwaltungsstreitverfahren. Im übrigen findet gegen den in erster oder auf Beschwerde in zweiter Instanz ergangenen Beschluß binnen

Digitized by Google

einer Ausschlußfrist von sechs Monaten nach Zustellung desselben die Klage im ordentlichen Rechtswege statt. Die Beschlüsse sind vorläufig vollstreckbar."

Das Reichsversicherungsamt spricht sich nicht einmal darüber aus, ob die Landesregierung, deren Ermessen es nach dem Willen des Gesetzgebers hat überlassen werden sollen, wie die Rechte und Pflichten der staatlichen oder Gemeindebeamten im einzelnen zu übertragen seien, zu einer allgemeinen Beschränkung des Rechtswegs für die Kassenbeamten berechtigt wäre. Es spricht diese Befugnis nur dem Oberversicherungsamt ganz allgemein ab und entkleidet nur dieses der Würde des Gesetzgebers. Man wird wohl annehmen müssen, daß die unbeantwortet gelassene Frage zu verneinen ist. Die Reichsversicherungsordnung hat offenbar nichts anderes beabsichtigt, als den einzelnen Bundesstaaten die Möglichkeit zu geben, den auf Lebenszeit angestellten Kassenbeamten eine den staatlichen oder Gemeindebeamten gleichartige Rechtsstellung zu verschaffen. Wenn sie von dieser Befugnis Gebrauch machten, verschafften sie ihnen von selbst die Möglichkeit der Verfolgung ihrer Gehaltsansprüche auf dem Wege, der der gleichstehenden Beamtenkategorie kraft Gesetzes zusteht. Für eine verordnende oder gesetzgeberische Tätigkeit der Landesregierungen auf diesem Gebiete, ausschließlich für die Kassenbeamten, wäre sonach durch die Bestimmung des § 359 RVO. kein Raum gegeben.

Schwierigkeiten bei Durchführung der Krankenversicherung der unständig Beschäftigten.

Von Geschäftsführer Obst in Marggrabowa.

Wann und wo immer man die Durchführung der Krankenversicherung der unständig Beschäftigten ernstlich unternommen hatte, war man stets auf große Schwierigkeiten gestoßen. Die Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung meint, daß, wo man unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes die Krankenversicherung der unständig Beschäftigten einzuführen versucht hatte und dabei keinen Schwierigkeiten begegnet sein will, die wirkliche Durchführung der Versicherung nicht genügend überwacht gewesen sein kann, so daß ein großer Teil der unständig Beschäftigten unversichert geblieben war. Das kann uneingeschränkt wohl auch von der Durchführung dieser Versicherung unter der Reichsversicherungsordnung behauptet werden. Überall da, wo man sich wirklich Mühe gibt, alle unständig Beschäftigten den Krankenkassen zuzuführen, begegnet man großen Schwierigkeiten. Wo sie geleugnet werden, wird wahrscheinlich ein großer Teil der unständig Beschäftigten von der Versicherung nicht erreicht. Nur wenige Krankenkassen werden von sich behaupten, daß sie alle unständig Beschäftigten in ihren Mitgliederverzeichnissen führen.

Die Versicherung der Unständigen ist in den §§ 441 bis 453 RVO. geregelt. Für die Aufzeigung der hauptsächlichsten Mängel genügt es, den wesentlichen Inhalt dieser Regelung kurz, wie folgt, zusammenzufassen: Unständig ist die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist. Unständig Beschäftigte gehören je nach ihrer überwiegenden Beschäftigung der Land- oder Ortskrankenkasse an; sie sind verpflichtet sich selbst anzumelden und werden, wenn sie das nicht tun, von Amtswegen in das Mitgliederverzeichnis der Kasse eingetragen. Die Beiträge werden nach dem Ortslohne, der durch Zuschläge erhöht werden kann, erhoben. Die Versichertenanteile (⅔ der Beiträge) müssen die unständig Beschäftigten selbst ein-

Digitized by Google

zahlen. Die Arbeitgeberanteile (⅓ der Beiträge) werden vom Gemeindeverbande, wo sie die Kasse vierteljährlich in Rechnung zu stellen hat, getragen.

Die Zwangsversicherung ist geschaffen worden in der Erkenntnis, daß gerade die arbeitende Bevölkerung für Stunden der Not und Schwierigkeiten aus sich selbst heraus in der Regel nicht Vorsorge trifft und schließlich auch nicht treffen kann. Man mußte versuchen, den Arbeiter zu nötigen, daß er für Fälle von Krankheit und Invalidität einigermaßen vorsorge. Nie hätte man aber, selbst mit Hilfe von Strafbestimmungen, die Versicherung durchführen können, wenn man nicht die Pflicht zur Zahlung der Versicherungsbeiträge den Arbeitgebern übertragen und ihnen nur das Recht eingeräumt hätte, den Anteil der Versicherten vom Lohne abzuziehen. Und gerade die Unmöglichkeit, das bei der Versicherung der unständig Beschäftigten ebenso zu machen, ist die Hauptschwierigkeit, die die wirkliche Durchführung der Versicherung nahezu verhindert.

In mehr gewerblichen Gegenden, wo die Krankenversicherung seit langem besteht und ihr Segen von der Bevölkerung schon erkannt ist, werden sich auch die unständig Beschäftigten allmählich selbst daran gewöhnen, daß sie gegen Krankheit versichert sein müssen. Ganz anders ist das aber auf dem Lande, wo die Krankenversicherung noch neu ist. Hier wird nicht nur von den Arbeitgebern, sondern sehr oft auch noch von den Versicherten selbst die ganze Krankenversicherung als ein Übel betrachtet, dem man nur unnötigerweise Beiträge zu leisten habe. Ganz besonders verbreitet ist diese Ansicht unter den „Unständigen". Sie sträuben sich noch heftig gegen den Versicherungszwang. Selbst melden sich meistens nur Kranke oder doch krankhaft Veranlagte an. Belehrung hilft nichts, wo es sich zunächst nur darum handelt, Geld zu bezahlen. Soll die Versicherung der unständig Beschäftigten durchgeführt werden, muß Zwang angewandt werden. Aber leider versagen gerade da die gesetzlichen Bestimmungen.

Bei unständig Beschäftigten liegt die Anmeldung zur Krankenversicherung in erster Linie dem Beschäftigten ob. Bei seiner Abneigung gegen die Versicherung fällt es ihm natürlich nicht ein, sich selbst zu melden. Eine Strafbestimmung, die dies erzwingen könnte, ist nicht vorhanden; die §§ 530, 531 gelten für unständig Beschäftigte nicht. Nun darf ja die Kasse den unständig Beschäftigten auch ohne seine Anmeldung, wenn sie ihn gelegentlich ermittelt oder mitgeteilt erhält, in das Mitgliederverzeichnis eintragen und die Beitragsanteile nötigenfalls zwangsweise von ihm einziehen. Das ist wohl leicht gesagt, aber nicht so leicht ausgeführt. Unständig Beschäftigte gehören meistens zu denjenigen, die aus der Hand in den Mund leben und bei denen im Wege des Zwanges fast nie mehr herauskommt, als ein fruchtloses Pfändungsprotokoll. Ist der unständig Beschäftigte aber einmal in das Mitgliederverzeichnis eingetragen, so ist er Kassenmitglied und hat als solches nach Ablauf der etwa vorgesehenen Wartezeit Anspruch auf Kassenleistungen. Wenn er die Beitragszahlung unterlassen hat, verliert er zwar den Anspruch auf Krankengeld und das Sterbegeld darf höchstens 30 ℳ betragen; freie ärztliche Behandlung und Arznei stehen ihm aber weiter zu. Die Handhabung der Bestimmungen führt also dazu, daß ein unständig Beschäftigter, der sich gegen die Versicherung sträubt, und der Kasse die Beiträge verweigert, aber doch von der Kasse in das Mitgliederverzeichnis eingetragen wird, Kassenleistungen erhält, obwohl er nichts dazu beigetragen hat. Die Arbeitgeberanteile genügen natürlich nicht, die Kosten der Krankenpflege der unständig Beschäftigten zu decken, zumal wenn man bedenkt, daß diese, wenigstens auf dem Lande, meist ältere und schwächere Leute sind, die dauernde Arbeitsverhältnisse nicht eingehen können und Arzt und Apotheke weit häufiger in Anspruch nehmen als andere Versicherte. Da, wo die unständig Beschäftigten alle ermittelt und rücksichtslos ins Mitgliederverzeichnis eingetragen werden und ihre Beitragsteile nicht zu erlangen sind, bilden sie

Digitized by Google

eine Gefahr für die finanzielle Lage der Kasse.

Ein solcher notgedrungener Verzicht auf die Beitragsanteile der unständig Beschäftigten, den ja nach § 455 RVO. auch die Satzung allgemein einführen kann, würde aber auch auf die Anmeldung durch die Arbeitgeber von sehr schlechtem Einfluß sein. Wissen erst Arbeitgeber und Versicherte, daß für unständig Beschäftigte Beiträge nicht gezahlt zu werden brauchen, letztere im Krankheitsfalle aber doch Anspruch auf freie ärztliche Behandlung und Arznei haben, so werden natürlich auch viele ständige Beschäftigungsverhältnisse so „gedreht" werden, daß eine unständige Beschäftigung herauskommt. Bei der Unmöglichkeit, alle Beschäftigungsverhältnisse nachzuprüfen, bleibt selbstverständlich die Krankenkasse die Betrogene.

Ein weiterer Umstand, der leicht zu Schwierigkeiten führt, ist der häufige Wechsel zwischen unständiger und ständiger Beschäftigung. Die Krankenkassen müssen recht streng darauf achten, daß dem Gemeindeverbande nicht etwa Beitragsteile in Rechnung gestellt werden für Zeiten, in denen die unständig Beschäftigten einmal ständig beschäftigt werden, denn zur Zahlung solcher Beitragsteile ist er nicht verpflichtet. Er hat jedenfalls das Recht, nachzuprüfen, ob die Leute, deren Arbeitgeberanteile die Kasse in Rechnung stellt, auch die ganze Zeit über wirklich unständig beschäftigt waren. Nun gibt es aber gerade auf dem Lande viele Personen, die in der Regel unständig (also bald hier, bald dort, aber stets weniger als eine Woche) beschäftigt sind, aber doch hin und wieder einmal 14 Tage und 3 Wochen lang an einer Stelle arbeiten. In der Regel werden nun natürlich Leute, die als unständig Beschäftigte selbst ihre Beiträge bezahlen, von Arbeitgebern, die sie einmal länger als eine Woche beschäftigen, nicht zur Krankenkasse angemeldet, in der Meinung, daß dies entbehrlich sei, weil die Leute ja bereits versichert seien. Die Kasse hat nun, wenn sie die Beiträge von den Unständigen erhält und diese nicht etwa geringer sind als die Beiträge der Ständigen, kein Interesse an der Neuanmeldung, wohl aber hat ein Interesse der Gemeindeverband, da er für Zeiten ständiger Beschäftigung die Arbeitgeberanteile nicht zu bezahlen braucht. Die Krankenkasse kann nicht jeden unständig Beschäftigten jedesmal eingehend darüber vernehmen, ob er im abgelaufenen Vierteljahr auch einmal ständig gearbeitet hat. Wenn aber der Gemeindeverband genau prüft, d. h. wenn er einmal diesen oder jenen unständig Beschäftigten vernimmt, wo und wie lange er bei jedem Arbeitgeber gearbeitet hat, findet er sicher in jeder Rechnung auf diese Weise etwas zu beanstanden.

Der Übelstand der meisten Satzungen, daß sie alle unständig Beschäftigten über einen Kamm scheren, daß sie Beiträge und Leistungen für schlechter und besser Gelohnte nur nach dem festgesetzten Ortslohn berechnen, läßt sich verhältnismäßig leicht beheben. Es sind nur durch Satzungsänderung für besser gelohnte Unständige Zuschläge zum Ortslohn festzusetzen (§ 450). Nötig ist diese Festsetzung gerade auch für die ländlichen Kassen, da es auf dem Lande z. B. viele Maurer und Zimmerleute gibt, die zu den unständig Beschäftigten zu rechnen sind, weil sie nur hier und da kleine Flickarbeiten meistens in drei bis vier Tagen ausführen, die aber doch bedeutend höhere Löhne als die Ortslöhne beziehen.

Es wäre gut, wenn auch von anderer Seite noch sonstige in der Praxis zutage getretene Schwierigkeiten der Durchführung der Krankenversicherung der unständig Beschäftigten beleuchtet werden möchten. Eine Novelle zur Reichsversicherungsordnung wird die nächste Zeit ja doch wohl bringen. Wenn rechtzeitig auf die Mängel der bisherigen Bestimmungen hingewiesen wird und vielleicht auch praktische Vorschläge gemacht würden, könnten vielleicht auch die Bestimmungen über die Krankenversicherung der unständig Beschäftigten eine Verbesserung erfahren. Und eine Verbesserung dürfte nicht nur nötig, sondern auch möglich sein, wenn man nur nicht

Digitized by Google

gar zu ängstlich bei der Änderung der Bestimmungen vorgehen wollte.

Die Hauptschwierigkeit liegt, wie ausgeführt, darin, daß der unständig Beschäftigte nicht gezwungen werden kann, sich selbst anzumelden und die Beiträge zu zahlen und daß die Krankenkasse, wenn sie ihn ohne weiteres in das Mitgliederverzeichnis einträgt, auch dann Kassenleistungen gewähren muß, wenn sie die Versichertenanteile nicht erhält. Will man also Verbesserungen schaffen, müßte man gerade hier den Hebel ansetzen. Man muß auf irgendeine Weise versuchen, auf den unständig Beschäftigten einen Druck auszuüben, daß er sich selbst anmeldet und die Beiträge regelmäßig bezahlt. Diesen Druck könnte man leicht dadurch schaffen, daß man dem Unständigen unmöglich macht oder wenigstens erschwert, Arbeit zu erhalten, wenn er nicht regelmäßig seiner Pflicht zur Bezahlung der Beiträge nachkommt. Das würde helfen! Wenn der Unständige sieht, daß er nur dann Arbeit erhalten kann, wenn er seine Krankenversicherungsbeiträge bezahlt hat, dann wird er seine törichte Weigerung aufgeben, und Anmeldung und Beitragszahlung nicht versäumen. Diesen mittelbaren Zwang auszuüben, dürfte gar nicht so schwer sein. Man denke es sich z. B. wie folgt: Jeder unständig Beschäftigte erhält bei der Anmeldung ein Beitragsquittungsbuch, das er jedem Arbeitgeber vorzuzeigen hat. Der Arbeitgeber hat sich stets davon zu überzeugen, daß der unständig Beschäftigte mit Beiträgen nicht rückständig ist. Hat der unständig Beschäftigte seine Beiträge am letzten abgelaufenen Monatsersten nicht bezahlt, so darf er nicht beschäftigt werden. Beschäftigt der Arbeitgeber ihn aber doch, so übernimmt er damit die Verpflichtung, die rückständigen Beiträge selbst zu bezahlen (event. unter Einbehaltung des Lohnes), und den unständig Beschäftigten wie jeden anderen ständig Beschäftigten ordnungsmäßig an- und abzumelden. Versucht der Arbeitgeber, sich dieser Pflicht zu entziehen, so läuft er Gefahr, da die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind, für den unständig Beschäftigten event. längere Zeit Beiträge zu zahlen. Damit die Arbeitgeber ermittelt werden können, hat der unständig Beschäftigte in dem Beitragsquittungsbuche, in dem ein Teil besonders dazu eingerichtet ist, aufzuschreiben, bei wem er an jedem Tage gearbeitet hat. Ein neues Quittungsbuch erhält er nur, wenn er das alte richtig ausgefüllt hat. Wenn das so durchgeführt werden könnte, hätte jeder Arbeitgeber und auch jeder unständig Beschäftigte ein Interesse an der regelmäßigen Beitragszahlung. Die Kasse würde dann den Ausfall an Beiträgen nicht mehr so oft zu beklagen haben.

Bei dieser Durchführung der Versicherung ließe sich dann auch auf die Bezahlung der Arbeitgeberanteile durch den Gemeindeverband, die ja doch in versicherungstechnischer Beziehung nur ein recht mangelhafter Notbehelf ist, verzichten. Der unständig Beschäftigte hätte den ganzen Beitrag (Arbeitgeber- und Versichertenanteil zusammen) abzuführen. Der Arbeitgeber müßte ihm aber den auf den Tag zu berechnenden, nach oben abzurundenden Arbeitgeberanteil zum Lohne hinzuzahlen.*)

Die Festsetzung einer Wartezeit für die Gewährung der Kassenleistungen würde bei dieser Regelung dann auch entbehrlich sein. Da der Eingang der Beiträge gesichert ist, liegt kein Anlaß mehr vor, den unständig Beschäftigten anders zu behandeln als die übrigen Kassenmitglieder.

Auch könnte dann vielleicht ins Auge gefaßt werden, ob nicht der Begriff der unständigen Beschäftigung auch etwas weiter gesteckt werden könnte, etwa so, daß nicht nur weniger als einwöchige Beschäftigungsverhältnisse als unständig gelten, sondern daß unständig die Beschäftigung ist, die auf weniger als drei Wochen von vornherein beschränkt ist, um zu verhüten, daß Zeiträume von ständiger und unständiger Beschäftigung allzu häufig wechseln. Ein großer Teil der unständig Beschäftigten (namentlich auf dem Lande) arbeitet

*) Anmerkung der Schriftleitung: Über eine derartige Regelung der Beitragspflicht auf Grund des § 458 RVO. berichtet Helms im Preuß. Verw. Bl. 36, S. 778.

Digitized by Google

doch auch oft einmal länger als eine Woche auf einer Stelle.

Man könnte gegen eine solche Regelung vielleicht dieses und jenes einwenden. Ungewöhnliche Eingriffe in die Rechte des Einzelnen dürfte sie kaum darstellen. Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung muß auch bereits stets die Quittungskarte vorgelegt werden. Wird ein Arbeiter ohne Quittungskarte beschäftigt, setzt sich der Arbeitgeber der Gefahr der Bestrafung wegen Beitragshinterziehung aus. Von der Versicherung der ständig Beschäftigten wird die Versicherung der unständig Beschäftigten natürlich stets verschieden sein. Das muß bei den besonderen Verhältnissen bei der unständigen Beschäftigung in den Kauf genommen werden. Jetzt ist ja eigentlich die Versicherung der unständig Beschäftigten bei weitem ungewöhnlicher. Man denke nur daran, daß man als Arbeitgeber der unständig Beschäftigten die Allgemeinheit betrachtet und dementsprechend die Arbeitgeberanteile vom Gemeindeverband zahlen läßt.

Selbstverständlich beansprucht diese Ausführung nicht, als einzig mögliche oder beste Regelung zu gelten; aber vielleicht regt sie andere und bessere Vorschläge hinsichtlich der erwähnten und anderer Punkte an, die bei einer Neuregelung berücksichtigt werden könnten.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten.

Vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 19 des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 (RGBl. S. 1333) mit Zustimmung des vom Reichstag gewählten Ausschusses und auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

I. Allgemeine Vorschriften.

§ 1. Wer eine Beschäftigung im Sinne des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 (RGBl. S. 1333) ausübt, unterliegt, auch wenn er nicht dienstpflichtig nach § 1 dieses Gesetzes ist, den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung, soweit diese Verordnung nichts anderes bestimmt. Dies gilt auch dann, wenn die Beschäftigung nicht auf Grund freiwilliger Meldung (§ 7 des genannten Gesetzes) stattfindet. Eine Vergütung ist stets Entgelt im Sinne der Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung.

§ 2. Einer Satzungsänderung auf Grund dieser Vorschriften bedarf es für die Versicherungsträger nicht.

II. Krankenversicherung.

§ 3. Setzt die Satzung einer Krankenkasse den Ortslohn als Grundlohn fest, so gilt dies nicht für Personen, die im vaterländischen Hilfsdienst eine nach den Vorschriften der Reichsversicherung landkassenpflichtige Beschäftigung übernehmen, sofern sie in dem erstmaligen Eintritt in eine landkassenpflichtige Hilfsdiensttätigkeit vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen bei einer Krankenkasse mit einem anderen Grundlohn als dem Ortslohn oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse versichert waren.

Soweit diese Personen nicht als Betriebsbeamte, Werkmeister oder andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung beschäftigt werden, gelten sie als Facharbeiter im Sinne des § 181 Abs. 2 der RVO., auch wenn sie nicht als solche tätig sind.

Auf diese Beschäftigten sind die Vorschriften der §§ 418 bis 425 der RVO. nicht anwendbar. Bei Anwendung des § 418 Abs. 2 Nr. 3 und des § 419 Abs. 1 Satz 2 der RVO. bleiben sie bei Feststellung der sämtlichen in der Landwirtschaft Beschäftigten und der sämtlichen Befreiten des Arbeitgebers außer Betracht.

§ 4. Soweit der Erwerb eines Rechts nach der Reichsversicherung oder der Satzung einer Krankenkasse davon abhängt, daß eine Wartezeit bei einer Krankenkasse zurückgelegt ist oder eine Versicherung von bestimmter Dauer innerhalb eines gleichfalls bestimmten Zeitraums bestanden hat, darf eine Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst, durch die der Beschäftigte aus der Krankenkasse oder der Versicherung ausscheidet, nicht zu seinem Nachteil angerechnet werden. Dies gilt auch für die Dauer einer Erwerbslosigkeit bis zu sechs Wochen, die in die ersten sechs Wochen nach der Beschäftigung fällt.

Digitized by Google

Die Zeit von mindestens sechs Monaten nach § 199 der RVO. steht einer Wartezeit im Sinne des Abs. 1 gleich.

Im übrigen gilt § 2 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) entsprechend.

§ 5. Vorschriften der Reichsversicherung, nach denen Personen, die gegen Krankheit versichert sind, durch einen Aufenthalt im Ausland Rechtsnachteile erleiden, gelten nicht für Personen, die im Ausland im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigt sind. Der Aufenthalt solcher Personen im Ausland steht insoweit einem Aufenthalt im Inland gleich.

§ 6. Wer wegen einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst zu einer anderen Krankenkasse übergetreten ist, darf, wenn er aus dieser ausscheidet, das Recht zur Weiterversicherung nach § 313 der RVO. wahlweise bei ihr oder seiner früheren Kasse ausüben.

Meldet er sich bei der früheren Kasse, so kann diese ihn ärztlich untersuchen lassen. Für eine Erkrankung, die beim Wiedereintritt bereits besteht, hat er einen Anspruch nur gegen die andere Kasse, und zwar auf die Leistungen, die sie im Falle der Weiterversicherung bei ihr zu gewähren hätte. Auf ihren oder seinen Antrag erhält der Versicherte diese Leistungen von der früheren Kasse. Geschieht es auf seinen Antrag, so hat die frühere Kasse der anderen binnen einer Woche den Eintritt des Versicherungsfalls mitzuteilen. Die andere Kasse hat der früheren ihre Aufwendungen im vollen Umfang zu ersetzen.

§ 7. Den Krankenkassen im Sinne dieser Verordnung stehen knappschaftliche Krankenkassen gleich.

§ 8. Für Mitglieder von Ersatzkassen (§§ 503 ff. der RVO.), welche dem zur freiwilligen Versicherung oder Weiterversicherung bei einer Krankenkasse nach der Reichsversicherungsordnung berechtigten Personenkreis angehören, gelten die vorstehenden Vorschriften entsprechend.

Bestimmungen in der Satzung einer Ersatzkasse, nach denen ein Mitglied bei Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst aus der Kasse ausscheiden müßte oder einen sonstigen Rechtsnachteil erleiden würde, dürfen nicht geltend gemacht werden.

Mitglieder von Ersatzkassen, die eine landwirtschaftliche Beschäftigung erst nach dem Inkrafttreten des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst und voraussichtlich nicht über dessen Geltungsdauer hinaus übernehmen, stehen den vorübergehend in der Landwirtschaft beschäftigten gewerblichen Arbeitern im Sinne des § 434 der RVO. gleich.

§ 9. Deutsche, die in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland von deutschen Arbeitgebern im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigt werden und nicht schon auf Grund der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1383) versichert sind, werden hinsichtlich der Versicherung gegen Krankheit den im § 1 der genannten Bekanntmachung bezeichneten Personen gleichgestellt.

Sie sind versicherungsfrei, wenn ihnen gegen einen Arbeitgeber der im § 169 Abs. 1 der RVO. bezeichneten Art für den Fall der Krankheit ein Anspruch gewährleistet ist, der einem der in der genannten Vorschrift bezeichneten Ansprüche mindestens gleichwertig ist. Das Kriegsamt bestimmt, ob der Anspruch gleichwertig ist.

III. Unfallversicherung.

§ 10. Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst, die den reichsgesetzlichen Vorschriften über Unfallversicherung um deswillen nicht unterliegen, weil sie im Ausland ausgeführt werden und nicht als unselbständiger Bestandteil (Ausstrahlung) eines inländischen Betriebs anzusehen sind, werden der Unfallversicherung unterstellt.

Dabei gelten folgende Vorschriften:

1. Träger der Versicherung für diese Hilfsdienstleistungen ist das Reich.

2. Der Reichskanzler bestimmt die Ausführungsbehörden (§§ 892, 1033, 1218 der RVO.) und erläßt die Ausführungsbestimmungen (§ 895 der RVO.). Er kann den Erlaß von Ausführungsbestimmungen anderen Behörden übertragen.

3. Die Unfallentschädigung wird nach einem einheitlichen Jahresarbeitsverdienst berechnet. Dieser beträgt:

a) bei gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeitern . . . . . 1200 ℳ,
b) bei gewerblichen Arbeitern und landwirtschaftlichen Facharbeitern . . . 1800 ℳ.

Bei Betriebsbeamten ist, vorbehaltlich der Kürzung nach § 563 Abs. 2 der RVO., der auf ein volles Jahr zu berechnende, verdiente Entgelt maßgebend. Erreicht der Jahresarbeitsverdienst nicht den unter Nr. 3 b angegebenen Betrag, so gilt dieser als Jahresarbeitsverdienst.

4. Sofern nicht das Reich selbst Unternehmer der Arbeiten ist, hat dieser für die Unfallversicherung eine Prämie zu zahlen. Sie beträgt:

a) für einen gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeiter täglich 6 ₰.
b) für einen gewerblichen Arbeiter oder landwirtschaftlichen Facharbeiter täglich 9 ₰,
c) für einen Betriebsbeamten entsprechend der Dauer seiner Beschäftigung 1½ v. H. des verdienten Entgelts, mindestens aber täglich 9 ₰.

5. Der Unternehmer (Nr. 4) hat für jeden Monat spätestens drei Tage nach dessen Ablauf der Ausführungsbehörde einen Nachweis über die Zahl der Arbeitstage jeder der unter Nr. 4 a) und b) bezeichneten Gruppen von Arbeitern und über den von Be-

Digitized by Google

triebsbeamten (Nr. 4 c) verdienten Entgelt vorzulegen. Für den Fall der Säumnis gilt § 800 der RVO. entsprechend.

Die Form für den Nachweis schreibt die Ausführungsbehörde vor.

6. Nach jedem Kalendervierteljahre berechnet die Ausführungsbehörde auf Grund der Nachweise und der unter Nr. 4 angegebenen Sätze die Prämien und stellt die Heberolle auf.

Jedem Unternehmer ist ein Auszug aus der Heberolle mit der Aufforderung zuzustellen, die festgesetzte Prämie zur Vermeidung der Zwangsvollstreckung binnen zwei Wochen einzuzahlen. Der Auszug muß die Angaben enthalten, die den Zahlungspflichtigen instand setzen, die Prämienberechnung zu prüfen.

Für den Einspruch und die Rechtsmittel gelten die §§ 814 bis 817 der RVO. entsprechend.

7. Die Ausführungsbehörde bestimmt, wer die Unfälle zu untersuchen hat.

8. Hält der Berechtigte sich im Ausland auf, so ist über die Gewährung, Ablehnung oder Neufeststellung der Unfallentschädigung ohne vorhergehenden Bescheid und Einspruch alsbald Endbescheid zu erteilen (§ 1610 der RVO.).

9. Zur Entscheidung über Berufungen und Beschwerden ist das Oberversicherungsamt Groß-Berlin ausschließlich zuständig.

§ 11. Wer im vaterländischen Hilfsdienst in der Land- und Forstwirtschaft eine Beschäftigung übernimmt, nachdem er in den dem erstmaligen Eintritt in eine land- oder forstwirtschaftliche Hilfsdiensttätigkeit vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen gewerblich beschäftigt war, gilt, sofern er nicht als Betriebsbeamter beschäftigt wird, für die Unfallentschädigung als Facharbeiter im Sinne des § 923 Abs. 3 der RVO., auch wenn er nicht als solcher tätig ist.

§ 12. Werden dem Berechtigten Gebührnisse auf Grund des § 35 des Offizierpensionsgesetzes oder der §§ 19 ff. des Militärhinterbliebenengesetzes gewährt, so sind sie auf die Unfallrente, die auf dieselbe Zeit entfällt und aus dem gleichen Grunde gewährt wird, anzurechnen. In gleicher Weise sind die Gebührnisse des Verletzten auf die Angehörigenrente (§ 598 der RVO.) anzurechnen.

§ 13. Die Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst sowie der dabei erzielte Lohn dürfen in einem Unfallentschädigungsverfahren bei der Feststellung, ob und in welchem Maße der Verletzte durch den Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt ist, nicht verwertet werden.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

§ 14. Wer eine die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung begründende Beschäftigung vor seinem Eintritt in den vaterländischen Hilfsdienst nicht ausgeübt hat und auch nach dessen Beendigung voraussichtlich nicht ausüben wird, unterliegt wegen einer im vaterländischen Hilfsdienst übernommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung der Versicherungspflicht nur dann, wenn er binnen zwei Monaten nach der Verkündung dieser Verordnung oder, sofern das Beschäftigungsverhältnis später beginnt, nach diesem Zeitpunkt von dem Arbeitgeber die Leistung von Beiträgen verlangt. Geschieht dies, so hat der Arbeitgeber hierüber dem Beschäftigten auf Wunsch eine Bescheinigung auszustellen.

Werden jedoch ohne eine Erklärung im Sinne des Abs. 1 Satz 1 für die Dauer der an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung Beiträge entrichtet, so dürfen die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht deshalb abgelehnt werden, weil die Beiträge zu Unrecht entrichtet seien.

§ 15. Vorbehaltlich des § 14 Abs. 1 begründet eine Beschäftigung im Ausland auch dann, wenn § 1330 der Reichsversicherungsordnung nicht zutrifft, die Versicherung. Zuständig ist die Versicherungsanstalt, deren Bezirk dem Beschäftigungsort am nächsten liegt. Die Lohnklasse bestimmt sich, soweit sie vom Ortslohn abhängt, nach dem Ortslohn am Sitze dieser Versicherungsanstalt (§ 1246 Abs. 2 Nr. 3 der RVO.).

§ 16. Die Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst sowie der dabei erzielte Lohn dürfen im Rentenverfahren bei der Feststellung, ob Erwerbsfähigkeit oder ob Erwerbsunfähigkeit vorliegt, nicht verwertet werden.

V. Angestelltenversicherung.

§ 17. Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst, die den reichsgesetzlichen Vorschriften über Angestelltenversicherung um deswillen nicht unterliegen, weil sie im Ausland ausgeführt werden und auch nicht als unselbständiger Bestandteil (Ausstrahlung) eines inländischen Betriebs anzusehen sind, werden der Angestelltenversicherung unterstellt.

§ 18. Wird ein nach den reichsgesetzlichen Vorschriften über Angestelltenversicherung Versicherter im vaterländischen Hilfsdienst in einer Tätigkeit beschäftigt, die nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte nicht versichert ist, so werden die Kalendermonate, in denen diese Tätigkeit ausgeübt wird, als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte angerechnet.

VI. Schlußvorschriften.

§ 19. Der Reichskanzler wird ermächtigt, weitere Bestimmungen zur Durchführung der Versicherung zu erlassen. Soweit dies nicht geschieht oder diese Verordnung nichts anderes ergibt, sind die Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung sinngemäß anzuwenden.

§ 20. Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 6. Dezember 1916 in Kraft.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Verordnung des Bundesrats betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges.

Vom 1. März 1917. (RGBl. S. 200.)

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

I.

Während der Dauer des gegenwärtigen Krieges können die Vorstände der Krankenkassen die Gewährung von Teuerungszulagen an die der Dienstordnung unterstehenden Angestellten der Kasse ohne Zuziehung des Kassenausschusses beschließen. Die übrigen für Änderungen der Dienstordnung geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung bleiben dabei unberührt.

Voraussetzung ist, daß die Zulagen

1. entweder allen oder allen denjenigen Angestellten (Abs. 1) gewährt werden, deren jährliches Diensteinkommen einen bestimmten Betrag nicht übersteigt, und
2. für alle beteiligten Angestellten nach den gleichen Grundsätzen bemessen werden; zulässig ist jedoch eine Einteilung der Angestellten nach dem Gehalte mit steigendem Prozentsatz je für die niedrigere Gehaltsstufe, ferner Abstufung für Verheiratete und Ledige sowie nach der Zahl der Kinder, die der Angestellte ganz oder überwiegend zu unterhalten hat.

Der Beschluß kann in der gleichen Weise (Abs. 1) geändert oder aufgehoben werden. Er tritt spätestens drei Monate nach Friedensschluß außer Kraft, sofern nicht vorher die Weiterzahlung der Teuerungszulagen auf dem in der Reichsversicherungsordnung für Änderungen der Dienstordnung vorgeschriebenen Wege beschlossen worden ist.

II.

Für Personen, die während des gegenwärtigen Krieges dem Reiche oder einer ihm verbündeten Macht Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten, ruht der Fristenlauf der Wartezeit bei ihrer Krankenkasse (§ 2 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 — RGBl. S. 334 —) auch während der Dauer der Erwerbslosigkeit bis zu sechs Wochen, die in die ersten sechs Wochen nach der Rückkehr aus solchen Diensten in die Heimat fällt.

Eine Wartezeit, die sie bei einer Krankenkasse zur Zeit des Diensteintritts ganz oder zum Teil erfüllt haben, ist ihnen auch auf die Wartezeit für Leistungen bei einer anderen Krankenkasse anzurechnen, der sie nach der Rückkehr aus solchen Diensten in die Heimat beitreten.

Auf das im § 195 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung erwähnte letzte Jahr und auf die im § 208 Satz 2 der RVO. erwähnten letzten zwölf Monate wird ihnen die Dauer der Dienstleistung sowie diejenige der Erwerbslosigkeit bis zu sechs Wochen nicht angerechnet, die in die ersten sechs Wochen nach der Rückkehr aus solchen Diensten in die Heimat fällt.

Die Zeit von mindestens sechs Monaten nach § 199 der RVO. steht für sie einer Wartezeit für Leistungen im Sinne der Reichsversicherungsordnung gleich.

III.

Die Wochenhilfe nach § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) ist auch für das uneheliche Kind eines Kapitulanten zu gewähren, wenn seine Verpflichtung zur Gewährung des Unterhalts an das Kind festgestellt und die Mutter minderbemittelt im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr. 2 jener Bekanntmachung ist.

IV.

Diese Vorschriften treten mit dem Tage ihrer Verkündung in Kraft.

Berlin, den 1. März 1917.

Der Stellvertreter des Reichskanzlers
Dr. Helfferich.

Fürsorge für versicherte Militärdienstbeschädigte in Krankheitsfällen.

Erlaß des **bayr. Kriegsministeriums** vom 9. Dezember 1916.

Kriegsdienstbeschädigte, die nach ihrer Entlassung vom Militär eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, haben im Falle ihrer Erkrankung einen Anspruch auf Krankenhilfe nach §§ 182 ff. RVO. gegen die Krankenkasse, der sie angehören. Auf die Ursache der Erkrankung kommt es nicht an. Es ist daher auch gleichgültig, ob die Erkrankung sich als Folge einer — im Kriege oder im Frieden — erlittenen Dienstbeschädigung darstellt. Dagegen steht diesen Personen ein solches Recht gegen die Militärverwaltung nicht zu (vgl. auch die Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 14. Februar 1916, Amtl. Nachr. 1916 Nr. 4 S. 424 Ziff. 2176).*) Es können nur nach Maßgabe des § 64 Ziff. 4 FSO. und Beilage 12 hierzu Buchstabe E Ziff. 27 mit Genehmigung des Generalkommandos in Militärlazarette aufgenommen werden: ehemalige Mannschaften vom Feldwebel usw. einschließlich abwärts, wenn sie infolge der in Feldzügen erlittenen Beschädigungen wieder erkrankt sind und wenn entweder die Krankheit überhaupt heilbar oder nur durch angemessene Behandlung im Lazarette eine Heilung oder erhebliche Besserung

*) „ArbVers." 1916 S. 325.

Digitized by Google

zu erhoffen ist oder wenn der Anspruch auf Invalidenwohltaten — einschließlich Gnadenbewilligungen — bzw. die Unheilbarkeit, nur durch Behandlung und Beobachtung im Lazarett festgestellt werden kann. Ähnliches gilt für die im Friedensdienste beschädigten ehemaligen Mannschaften (Ziff. 28 a. a. O.). Ob die Beteiligten mit einem solchen Antrag an die Militärverwaltung herantreten wollen, muß ihnen überlassen bleiben. Den Krankenkassen kommt es nicht zu, in dieser Richtung einen Druck auf ihre Mitglieder auszuüben oder ihre Leistungen davon abhängig zu machen, daß die Beteiligten sich zunächst an die Militärverwaltung wenden. Die letztere hat jedenfalls dann keinen Anlaß zum Eingreifen, wenn der Betreffende die erforderliche Krankenhilfe von anderer Seite fordern kann. Ein Erstattungsanspruch der Krankenkassen gegen die Militärverwaltung ist schon durch das Gesetz ausgeschlossen (vgl. §§ 1527, 1542 RVO. und § 41 Satz 1 des Mannschaftsversorgungsgesetzes).

Beschränkung des Anspruchs für selbstbeschaffte ärztliche Behandlung auf die Mindestsätze.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Dortmund** vom 25. Januar 1917.

Der Kläger ist als Schiffsführer einer auswärtigen Schiffahrtsgesellschaft tätig; da das von ihm gemietete Schiff von der Westfälischen Transport Akt.-Ges. Dortmund gemietet ist, ist Dortmund der Sitz des Betriebes und der Kläger Mitglied der beklagten Kasse. Er und sein Matrose R. sind auf der Fahrt erkrankt und wurden gezwungen in Bottrop anzulegen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, für die der Kläger 6 ℳ zu zahlen hatte. Die Kasse hat nach den Sätzen der preuß. Gebührenordnung für 3 Konsultationen 3 ℳ erstattet, den weitergehenden Anspruch aber abgelehnt, da nach den Bestimmungen der preuß. Gebührenordnung die niedrigsten Sätze in Anwendung zu bringen seien, wenn es sich um ärztliche Leistungen für Rechnung einer Krankenkasse handele, die über die Mindestsätze hinaus gezahlten Beträge müsse der Kläger tragen, da er es unterlassen habe, den Arzt darüber zu unterrichten, daß er und der Matrose Kassenmitglieder und daher nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung zu behandeln seien. Der Kläger hat demgegenüber darauf hingewiesen, daß es sich um einen dringenden Fall gehandelt habe, er habe keine Zeit gehabt, die Krankenkasse um Überweisung an einen Bottroper Arzt zu bitten.

Der Vorentscheidung ist darin beizutreten, daß im vorliegenden Falle eine Verpflichtung des Arztes der Kasse gegenüber nicht bestand, doch hat das Oberversicherungsamt der weiteren Folgerung, daß daher auch keine Verpflichtung des Klägers, den Arzt von seiner Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse zu unterrichten, bestanden habe, sich nicht anschließen können. Es ist davon auszugehen, daß nach § 2 der preuß. Gebührenordnung für Ärzte die niedrigsten Sätze zur Anwendung gelangen, wenn die Zahlung aus einer Arbeiterkrankenkasse zu leisten ist. Daß der Kläger und R. Anspruch auf freie ärztliche Behandlung aus der beklagten Kasse hatten, ist zweifellos und wird auch nicht bestritten. Es ist nicht erforderlich, daß die Kasse selbst die Auftraggeberin des Arztes sein muß, sondern es genügt, daß der Patient nachweislich einer solchen Kasse angehört und der Arzt davon unterrichtet ist. Die Kasse braucht alsdann nur die notwendigen Kosten, also die Mindestsätze zu erstatten. Nur wenn etwa im Einzelfall und besonders in dringenden Fällen nicht alsbald ein Arzt zu finden wäre, der zur Behandlung für die Mindestsätze bereit wäre, wird die Kasse auch zur Bezahlung höherer Kosten verpflichtet sein.

Aus dieser Rechtslage geht aber hervor, daß der Kläger verpflichtet war, dem Arzt von seiner und seines Matrosen Zugehörigkeit zur Kasse Mitteilung zu machen, denn es würde eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Kasse bedeuten, wenn die Frage, ob sie die notwendigen oder höheren Kosten zu zahlen habe, in das Belieben des einzelnen Mitgliedes gestellt wäre. Unter diesen Umständen erscheint daher der Anspruch des Klägers auf Erstattung der vollen Arztkosten durch die Kasse nicht berechtigt.

Anmerkung: Die Entscheidung entspricht unserer Äußerung zur Vorentscheidung in Heft 36 S. 854 des Jahrg. 1916.

Abgabe einer Sache an das Reichsversicherungsamt wegen Auslegung einer Satzung. — Begriff des Arbeitstags, insbesondere bei Berechnung des wirklichen Arbeitsverdienstes.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Oktober 1916 (2282 Amtl. Nachr. 1916 S. 791).

Es fragt sich, ob, wenn gemäß § 180 Abs. 4 RVO. statt des durchschnittlichen Tagesentgelts der wirkliche Arbeitsverdienst des einzelnen Versicherten, nach dem Durchschnitt eines bestimmten Zeitraums bemessen, als Grundlohn bestimmt ist, für die Feststellung dieses Durchschnittsbetrags nur die Tage anzurechnen sind, an denen der Versicherte gearbeitet hat, oder die Tage, die im versicherungsrechtlichen Sinne als Arbeitstage in Betracht kommen. Da es sich hierbei um die Höhe des Krankengeldes handelt, so ist die Revision ausgeschlossen. Trotzdem konnte die Zulässigkeit der Abgabe der Sache zweifelhaft sein, weil die Auslegung einer Satzungsbestimmung in Frage steht. Die Entscheidung des Beschlußsenats des Reichsversicherungsamts vom 22. Juli 1916 (II K 217/16) hat in einem Falle, in dem es sich um die Auslegung des Begriffs „kaufmännische Geschäfte" im Sinne einer Satzungsbestimmung handelte, die Abgabe der Sache nach § 1799 RVO. nicht für zulässig erachtet, weil es sich lediglich um die Auslegung einer Satzungsbestimmung handelte, bei der vorwiegend die Entstehungsgeschichte der Satzung und sonstige tatsächliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen waren. Hier ist aber nicht lediglich

Digitized by Google

eine Satzungsbestimmung Gegenstand der Auslegung. Es handelt sich um den Begriff des wirklichen Arbeitsverdienstes in seiner Beziehung zum Begriffe des Arbeitstags, also um die Auslegung von Begriffen, die in erster Linie der Reichsversicherungsordnung eigen sind und erst auf Grund ihrer besonderen Vorschriften Aufnahme in die Satzung gefunden haben. Gegenstand der Auslegung ist also sowohl eine Satzungsbestimmung wie auch eine gesetzliche Vorschrift. Die Abgabe nach § 1693 RVO. war daher zulässig....

Die Satzung der Beklagten hat als Grundlohn, nach dem die baren Leistungen der Kasse und die Beiträge bemessen werden, nicht den durchschnittlichen Tagesentgelt der Klassen der Versicherten oder der Lohnstufen dieser festgesetzt, sondern den wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten bestimmt (§ 180 Abs. 4 RVO.). Dieser Arbeitsverdienst soll nach dem Durchschnitt der letzten drei Wochen berechnet werden. Als Durchschnittsteil kann nur der Arbeitstag genommen werden, da er sowohl für die Beiträge (Revisionsentsch. 2213, Amtl. Nachr. 1916 S. 553) wie für die Leistungen der Kasse die maßgebende Einheit ist. Die Entscheidung der Frage, welcher Arbeitsverdienst der Berechnung des Krankengeldes zugrunde zu legen ist, hängt also von der Auslegung des Begriffs Arbeitstag ab. Dieser Begriff ist in zwiefacher Hinsicht maßgebend, einmal für die Frage, für welche Tage der Woche Krankengeld zu zahlen ist und dann für die hier im besonderen streitige Frage, wie hoch das Krankengeld für den Arbeitstag festzusetzen ist. Die Frage, für welche Tage der Woche in Fällen wie dem vorliegenden Krankengeld zu zahlen ist, ist bereits in der Revisionsentscheidung vom 26. Juni 1916 (IIs K 106/16) erörtert worden. Es ist dort davon ausgegangen, daß als Arbeitstag ein solcher Tag gilt, an dem der Erkrankte nach allgemeiner Regel des Gewerbes, des Betriebs, überhaupt der Art seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung zu arbeiten oder sich zur Verfügung zu halten hatte (zu vgl. Königl. Preuß. Oberverwaltungsger. in Arbeiter-Versorgung 1895 S. 73, 1903 S. 513, 1907 S. 772, 1910 S. 594 ff.; Revisionsentsch. 2142, Amtl. Nachr. 1916 S. 344), und demgemäß ausgesprochen, daß Krankengeld auch für die Tage als Arbeitstage zu zahlen ist, an denen der Betrieb ruhte, wenn nicht dieses Ruhen den Arbeitern rechtzeitig vorher bekanntgegeben ist und sie so in die Lage versetzt worden sind, ihre Arbeitskraft anderweitig zu verwerten. Diese Auffassung steht auch im Einklang mit der in dem erwähnten Aufsatz von Dieck, wobei nicht gesagt werden soll, daß die dort dafür angeführten Gründe sämtlich für durchschlagend erachtet werden. Auch im vorliegenden Falle war der Kläger, wie die Erhebungen ergeben haben, an den Werktagen, an denen der Betrieb ruhte, nicht aus der Verfügungsmacht des Arbeitgebers getreten. Allerdings arbeitete er an diesen Tagen nicht und verdiente auch keinen Lohn. Er war jedoch, so lange nicht das Arbeitsverhältnis gekündigt wurde, an dieses gebunden und in anderweitiger Verwertung seiner Arbeitskraft behindert. Hieran ändert auch der Umstand nichts, daß die Einschränkung des Betriebs mindestens zum Teil unter dem Einfluß der die Arbeitszeiten in Textilbetrieben regelnden Verordnungen erfolgt ist. Denn wenn auch die Arbeitszeit dadurch eingeschränkt worden ist, so ist doch damit noch nicht bestimmt worden, wann diese Einschränkung erfolgen mußte, an welchen Tagen also die Arbeiter sich nach anderer Arbeit umsehen konnten. Gelangt man aber insoweit zur ausdehnenden Auslegung des Begriffs Arbeitstag, so kann man ihn in anderer Hinsicht nicht abweichend auslegen. Um den Durchschnittsverdienst zu berechnen, muß man also den Gesamtverdienst der letzten drei Wochen durch die Zahl der Tage teilen, an denen der Kläger gearbeitet oder dem Arbeitgeber zur Verfügung gestanden hat. Würde man nur die Zahl der Tage, an denen der Kläger gearbeitet hat, als Teilungszahl nehmen, so wäre es widerspruchsvoll, der Krankenkasse die Zahlung des Krankengeldes für eine größere Zahl von Tagen aufzuerlegen. Außerdem würde dann ein höherer Arbeitsverdienst zugrunde gelegt, als er in Wirklichkeit erzielt ist; es sei dahingestellt, ob letzteres für die Beziehungen zwischen dem Versicherten und der Kasse zuzulassen wäre, jedenfalls ist es nicht billig, dem Arbeitgeber höhere Beiträge aufzuerlegen, als sie sich aus dem wirklich erzielten Arbeitsverdienst ergeben. Wollte man gegen die hier vertretene Auffassung, die die Berechnung der Krankenkasse billigt, einwenden, daß der Erkrankte an den Tagen, an denen er zwar zur Verfügung gestanden, aber nicht gearbeitet hat, seine Arbeitskraft auch anderweitig hätte verwenden können, so wäre dies irrig. Maßgebend sind die letzten drei Wochen vor dem Eintritt des Versicherungsfalls; war der Kläger in dieser Zeit während der Betriebsunterbrechungen anderweitig beschäftigt, so hat er eben dem bisherigen Arbeitgeber insoweit nicht zur Verfügung gestanden, und es würden dann die hier erörterten Umstände wegfallen. Ebenso kann man nicht etwa, wie das Dieck (in „Krankenversicherung" 1914 S. 147) für die Auslegung des Begriffs Arbeitstag tut, sagen, daß bei der hier vertretenen Auffassung diejenigen, die die Versicherung nach § 313 RVO. freiwillig fortgesetzt haben oder die Kasse nach § 214 RVO. als Erwerbslose in Anspruch nehmen, in der Berechnung des Krankengeldes besser stehen als die anderen Versicherten; denn die Leistungen für die freiwillig Weiterversicherten bemessen sich ebenso wie die Beitragspflicht nach dem vorangegangenen, und im Falle des § 214 RVO. für die nach dieser Vorschrift Versicherten nach dem bisherigen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis (zu vgl. Revisionsentsch. 2213, Amtl. Nachr. 1916 S. 553, besonders 556). Nicht von der Hand zu weisen ist allerdings der Einwand, daß bei der hier vertretenen

Digitized by Google

Auffassung die Höhe des Krankengeldes in höherem Grade als sonst von Zufälligkeiten abhängt, und daß das Krankengeld durch die Einwirkung besonderer Umstände erheblich herabgemindert sein kann. Indessen beruht dies auf der Regelung durch Gesetz und Satzung und kann durch die Rechtsprechung nicht geändert werden. Im übrigen wird diese ungünstige Folgerung dadurch gemildert werden, daß schließlich, wenn eine sehr weitgehende Einschränkung des Betriebs stattfindet, die Arbeiter sich für die Zeiten der Ruhe des Betriebs von der Verfügungsmacht des Arbeitgebers frei machen, andere Arbeit suchen und in ein anderes versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis treten. In diesem Falle käme § 309 RVO. in Betracht. Daß entsprechend der Dehnung des Begriffs Arbeitstag und dem daraus sich für den Arbeitstag ergebenden geringeren Arbeitsverdienst auch die Beiträge zur Krankenversicherung nach einem niedrigeren Grundlohn zu berechnen sind, ergibt sich nach dem Vorhergesagten von selbst.

Anspruch auf Übersendung des Krankengeldes.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 28. November 1916 (2294 Amtl. Nachr. 1916 S. 808).

Es handelt sich lediglich darum, ob der Krankenkasse hinsichtlich des Krankengeldes eine Übersendungspflicht obliegt. Unzweifelhaft ist vorliegendenfalls der Leistungsort für das Krankengeld M., den Vorinstanzen ist aber darin beizutreten, daß durch diesen Umstand das Bestehen einer Übersendungspflicht auf Gefahr und Kosten des Klägers nicht ausgeschlossen wird. Geldschulden sind allerdings, wie im Gegensatze zu der Auffassung des Oberversicherungsamts hervorzuheben ist, regelmäßig nicht Hol-, sondern Bringschulden. Demgemäß bestimmt auch das Bürgerliche Gesetzbuch in § 270 Abs. 1: „Geld hat der Schuldner im Zweifel auf seine Gefahr und seine Kosten dem Gläubiger an dessen Wohnsitz zu übermitteln", wovon Abs. 3 nur hinsichtlich der Kosten und der Gefahr eine Abweichung für den Fall festsetzt, daß der Wohnsitz des Gläubigers sich nach der Entstehung des Schuldverhältnisses ändert. Für öffentliche Kassen, wozu auch die Krankenkassen gehören (zu vgl. Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts Band 39, S. 352), ist indessen die Geltung des § 270 Abs. 1 a. a. O. in Preußen durch Art. 11 des Ausführungsgesetzes zum BGB. vom 20. September 1899 landesrechtlich ausgeschlossen; die Krankenkassen sind daher von der sonst dem Schuldner obliegenden Übersendungspflicht an sich befreit und der Bezugsberechtigte wird in der Regel zur Abholung des Krankengeldes für verpflichtet zu erachten sein (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 10 c zu § 182 RVO.). Diese Vorzugsstellung der Kasse darf aber nicht dazu führen, daß dadurch im Einzelfalle einem Versicherten die Befriedigung seines Krankengeldanspruchs ungebührlich erschwert oder gar völlig vereitelt wird. Ein derartiges Ergebnis würde mit der Natur der Kasse als einer sozialen Fürsorgeeinrichtung in unvereinbarem Widerspruche stehen; es konnte daher vorliegend auch durch die Bestimmung des § 10 letzter Satz der Krankenordnung nicht herbeigeführt werden, wonach ein Kassenmitglied, das nach der Erkrankung aus dem Kassenbezirke verzieht, „die Auszahlung des Krankengeldes auf seine eigenen Kosten nicht verlangen kann"; denn nach § 323 RVO. darf die Satzung nichts bestimmen, was nicht im Zwecke der Kasse liegt, und das gleiche muß für die auf Grund von § 79 der Satzung erlassene, eine Ergänzung zu § 41 daselbst bildende Krankenordnung gelten. Eine Krankenkasse wird daher die Übersendung des Krankengeldes auf Gefahr und Kosten des Versicherten nicht verweigern können, wenn die ihr dadurch zufallende geringe Mühewaltung in keinem Verhältnis zu dem Aufwand an Zeit und Kosten oder zu den anderen Nachteilen steht, die dem Versicherten durch die Abholung des Geldes erwachsen würden.

Eigener Haushalt im Sinne des § 184 Abs. 1 Satz 2 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Oktober 1916 (2283 Amtl. Nachr. 1916 S. 793).

Die Entscheidung hängt zunächst davon ab, ob der Kläger einen eigenen Haushalt im Sinne des § 184 Abs. 1 Satz 2 RVO. hat, und ob daher die Einweisung in das Krankenhaus seiner Zustimmung bedurfte. Wenn man lediglich den Wortlaut des Gesetzes bei der Entscheidung dieser Frage berücksichtigen würde, so könnte man zu einer Bejahung dieser Frage kommen, weil der Kläger, der verheiratet ist, in P. einen Familienhaushalt hat, wohin er nach Aufgabe seiner Beschäftigung bei B. zurückgekehrt sein würde. Eine solche Entscheidung würde aber dem Sinne und Zwecke des Gesetzes nicht entsprechen. Dies ergibt insbesondere seine Entstehungsgeschichte. Nach § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. konnte für diejenigen, welche verheiratet waren oder eine eigene Haushaltung hatten oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familien waren, Kur und Verpflegung in einem Krankenhause nur mit ihrer Zustimmung gewährt werden. Dabei wurden von der herrschenden Meinung entgegen der Ansicht von Rosin, Das Recht der Arbeiterversicherung Band I S. 391, und Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz, 6. Aufl., Anm. 2 a zu § 7, die Worte „welche verheiratet sind" dahin ausgelegt, daß schon die Tatsache des Verheiratetseins genüge, um die Einweisung in das Krankenhaus gegen den Willen des Versicherten auszuschließen (zu vgl. Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 11. Dezember 1906, Reger, Band 27 S. 568; Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz Anm. 7 zu § 7; v. Schicker, Krankenversicherungsgesetz Anm. 7 zu § 7; Köhne, Krankenversicherungsgesetz Anm. 5

Digitized by Google

zu § 7). Diese Vorschrift des Krankenversicherungsgesetzes hatte der Entwurf der Reichsversicherungsordnung zunächst in § 199 übernommen. Sie lautete: „Ist der Kranke verheiratet oder hat er einen eigenen Haushalt oder ist er Mitglied des Haushalts seiner Familie, so bedarf es seiner Zustimmung." In der Kommission (zu vgl. Bericht II S. 64 ff.) war man jedoch der Auffassung, daß ein Verheirateter, der mit seiner Familie nicht zusammen lebe, nicht anders behandelt werden solle, als ein Unverheirateter. Es liege daher kein Grund vor, die Krankenhauspflege von seiner Zustimmung abhängig zu machen. Deshalb wurde beantragt, hinter „verheiratet" einzuschieben „und lebt er mit seiner Familie zusammen". Ein Regierungsvertreter bestätigte, daß eine Beschränkung der Zustimmung des Versicherten auf die Fälle des Zusammenlebens mit der Familie der Absicht des Gesetzgebers entspräche. Er meinte aber, daß man die Fassung der Vorschrift dann auf die Fälle beschränken könne, daß der Kranke einen eigenen Haushalt habe oder Mitglied des Haushalts seiner Familie sei; denn der Fall der Verheiratung werde nach der Fassung des Antrags von dem Falle des Besitzes eines eigenen Haushalts mitgedeckt. Daraufhin wurden im Entwurfe die Worte „ist der Kranke verheiratet" gestrichen. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Erklärung des Regierungsvertreters in ihrem letzten Teile zutreffend gewesen ist. Jedenfalls ergibt sich hiernach die Bedeutung der Worte „einen eigenen Haushalt hat" in § 184 RVO. dahin, daß für die Erfüllung dieser Voraussetzung der Familienhaushalt eines Verheirateten nur dann in Betracht kommen kann, wenn der Verheiratete mit seiner Familie zusammen lebt. Dieses war bei dem Kläger, so lange er in der chemischen Fabrik G. beschäftigt war und sich dort aufhielt, nicht der Fall. Unter diesen Umständen bedurfte es bei Lage der Sache der Zustimmung des Klägers zur Einweisung in das Krankenhaus in B. nicht. Erwies sich aber die Weigerung des Klägers, in das Krankenhaus zu gehen, als ungerechtfertigt, so verlor er unter allen Umständen für die Dauer seines ablehnenden Verhaltens jeden Anspruch auf Krankenunterstützung. Dieses nahm man bereits für das Recht des Krankenversicherungsgesetzes an (zu vgl. Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 15. Dezember 1906, Reger, Band 27 S. 567 Abs. 2, und Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 24. Oktober 1907, Reger, Band 28 S. 267; Hahn, Krankenversicherungsgesetz, 6. Aufl., Anm. 1 f zu § 7; Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz 1908 Anm. 6 zu § 7). Daran ist auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung festzuhalten. Vorliegend ist nun der Kläger während der Zeit, für die er Ansprüche gegen die Beklagte geltend macht, deren Anordnung nicht nachgekommen und hat somit seine Ansprüche verwirkt. Dabei ist es unerheblich, ob im Hinblick auf das Gutachten des Sanitätsrats Dr. F. als nachgewiesen gelten kann, daß der Kläger vom 7. März 1916 krank und arbeitsunfähig war und sich daher seine weitere Krankenhausbeobachtung erübrigte; denn vorliegend war die Beklagte, wie dargelegt, zur Anordnung der Krankenhauspflege ohne die Zustimmung des Klägers befugt, auch ohne daß die in § 184 Abs. 3 Nr. 4 aufgestellte Voraussetzung gegeben war. Auch der Umstand, daß er sich nachträglich bereit erklärt hat, in das Krankenhaus zu G. sich aufnehmen zu lassen, konnte zu keiner anderen Beurteilung des Streitfalls führen. Nach allem war die Berufung des Klägers zurückzuweisen und auf die Berufung der Beklagten die Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts aufzuheben und der Kläger mit seinem Anspruch abzuweisen.

Verjährung des Anspruchs auf Kassenleistungen, insbesondere Sterbegeld, in der Kriegszeit.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (2 Rev. Sen.) vom 21 November 1916 (II O. K. 167/16)

Der Kläger war im Jahre 1912 Mitglied der Vereinigten Ortskrankenkasse in C., an deren Stelle am 1. Januar 1914 die Beklagte getreten ist. Am 29. Dezember 1912 starb seine Ehefrau. Aus diesem Anlaß stand ihm gegen die Vereinigte Ortskrankenkasse nach deren Satzung ein Anspruch auf Angehörigen-Sterbegeld in Höhe von 60 M zu. Der Kläger machte den Anspruch erst am 12. November 1915 bei der Beklagten geltend. Diese lehnte ihn wegen Verjährung ab (zu vergl. § 223 Abs. 1 RVO., § 56 Abs. 1 KVG.). Der Kläger ist der Ansicht, daß der Anspruch nach den Bekanntmachungen des Stellvertreters des Reichskanzlers über die Verjährungsfristen vom 22. Dezember 1914 (RGBl. S. 543) und vom 4. November 1915 (RGBl. S. 732) nicht verjährt sei. Das Versicherungsamt hat den Anspruch durch Entscheidung vom 15. März 1916 gleichfalls zurückgewiesen. Es nahm an, daß die erwähnten Bekanntmachungen nur für die in den §§ 196, 197 des BGB. bezeichneten Ansprüche gelten, zu denen der vorliegende Anspruch nicht gehöre, da er insbesondere keine regelmäßig wiederkehrende Leistung (§ 197 a. a. O.) betreffe. Gegen diese Entscheidung hat der Kläger rechtzeitig Berufung bei dem Königlichen Oberversicherungsamt in Frankfurt a. O. eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat die Sache, in der die Revision nach § 1695 Nr. 4 RVO. ausgeschlossen ist, gemäß § 1693 a. a. O. an das RVA. abgegeben und sich dabei gutachtlich dahin geäußert, daß es dem VA. beitrete. Das RVA. hat jedoch die Entscheidung des VA. aufgehoben und die Kasse zur Zahlung des Sterbegeldes verurteilt aus folgenden Gründen:

Nach der Bekanntmachung des Stellvertreters des Reichskanzlers über die Verjährungsfristen vom 22. Dezember 1914 verjährten die in den §§ 196, 197 BGB. bezeichneten Ansprüche, die beim Inkrafttreten der Bekanntmachung noch nicht verjährt waren, nicht vor dem Schlusse des Jahres 1915. Im Anschluß an diese Verordnung bestimmt die Bekanntmachung des Stellvertreters des Reichskanzlers vom 4. November 1915: „Die in den §§ 196, 197 BGB. bezeichneten Ansprüche, die zur Zeit des Inkrafttretens der Verordnung über die Verjährungsfristen vom 22. Dezember 1914 noch nicht verjährt waren, verjähren nicht vor dem Schlusse des Jahres 1916.

Digitized by Google

Dies gilt auch insoweit, als für die Ansprüche die Verjährungsfrist durch andere reichsgesetzliche Vorschriften als die der §§ 196, 197 BGB. geregelt ist." Wie sich aus dem letzten Satze ergibt, beziehen sich die Bekanntmachungen nicht lediglich auf solche Ansprüche, die unmittelbar unter §§ 196, 197 BGB. fallen. Denn sonst hätte es nicht der Vorschrift bedurft, daß die Erstreckung der Verjährung für die Ansprüche auch insoweit gelte, als die Verjährungsfrist durch andere reichsgesetzliche Vorschriften als die der §§ 196, 197 a. a. O. geordnet ist. Anderseits können die Bekanntmachungen nicht, wie der Kläger meint, auf alle Ansprüche bezogen werden, deren Verjährung reichsgesetzlich geregelt ist (so auch „Gesetz und Recht" 17. Jahrgang Heft 5). Denn die Bekanntmachungen gelten, wie aus ihrem klaren Wortlaut hervorgeht, nur für Ansprüche im Sinne der §§ 196, 197 BGB. Sie betreffen mithin, abgesehen von den Fällen des § 196 a. a. O. alle Ansprüche der in § 197 a. a. O. bezeichneten Art, deren Verjährung reichsgesetzlich geordnet ist. Dazu gehört der Anspruch auf Krankenkassensterbegeld. Seine Verjährung ist reichsgesetzlich, nämlich in § 223 Abs. 1 RVO. (§ 56 Abs. 1 KVG.) geregelt. Der Umstand, daß der Anspruch öffentlich-rechtlicher Natur ist, steht der Anwendung der Bekanntmachungen vom 22. Dezember 1914 und 4. November 1915 nicht entgegen; denn § 197 BGB. gilt, wie sich namentlich aus der Anführung der Ansprüche auf Rückstände von Besoldungen, Wartegeldern und Ruhegehalten ergibt, auch für öffentlich-rechtliche Ansprüche (zu vergl. Kommentar der Reichsgerichtsräte Hoffmann, Erler usw. zum BGB. Anm. 2 zu § 197 und die dort angeführten Entsch. sowie Revisionsentsch. 1511, AN. 1910 S. 644). Ebenso wenig wird die Anwendbarkeit der Bekanntmachungen dadurch ausgeschlossen, daß das Sterbegeld nur eine einmalige Leistung darstellt. Allerdings betrifft § 197 BGB. zwar Verbindlichkeiten, die im allgemeinen in regelmäßig wiederkehrenden Leistungen zu bestehen pflegen; er bleibt jedoch gleichwohl anwendbar, wenn ein solcher Anspruch ausnahmsweise nur auf eine einmalige Zahlung geht. Für Zinsen, Miet- und Pachtgelder, die nur einmal zu zahlen sind, ist dies in der Begründung zu der Vorschrift (Amtl. Ausg. der Motive Band 1 S. 305) ausdrücklich anerkannt. Aber auch andere der im § 197 a. a. O. aufgezählten Leistungen können als einmalige vorkommen, z. B. gewisse Besoldungen oder außerordentliche Unterhaltungsbeiträge. Für diese muß dann dasselbe gelten, und wie an der kurzen Verjährung des § 197 a. a. O. nehmen sie auch an deren Erstreckung durch die Kriegsverordnungen des Bundesrats teil. Es genügt demnach zur Anwendung des § 197 a. a. O., daß der Anspruch, dessen Verjährung in Frage steht, zu einer Gruppe von Ansprüchen gehört, die im allgemeinen ihrer Natur nach regelmäßig wiederkehrende Leistungen zum Gegenstande haben. Das trifft für den Anspruch auf Krankenkassensterbegeld zu; denn das Sterbegeld gehört zu den Kassenleistungen, die hauptsächlich, wie beispielsweise Krankengeld und Wochengeld, in regelmäßiger Wiederkehr zu gewähren sind (zu vergl. § 210 RVO.). Hiernach sind die Bekanntmachungen vom 22. Dezember 1914 und 4. November 1915 auch auf das Krankenkassensterbegeld anzuwenden. Das entspricht auch der Billigkeit; denn sonst würden z. B. zwar Ansprüche auf Kranken- und Wochengeld, die zweifellos regelmäßig wiederkehrende Leistungen betreffen, den für die Versicherten oder ihre Rechtsnachfolger günstigeren Verjährungsvorschriften der Bekanntmachungen unterliegen, nicht aber Ansprüche auf Sterbegeld. Aus ähnlichen Erwägungen hat der erkennende Senat schon in der Entsch. vom 7. November 1916 — II a K 28/16 — angenommen, daß die Bekanntmachungen vom 22. Dezember 1914 und 4. November 1915 auch für Ansprüche auf Ersatz von Kosten der Krankenpflege gelten.

C. Zur Unfallversicherung.

Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz aus streitiger Unfallrente; Zuständigkeit.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Liegnitz** vom 8. Januar 1917.

Der Arbeiter B. hat am 21. Juli 1915 in der Maschinenfabrik C. einen Betriebsunfall erlitten. Er war infolge dieses Unfalls vom 12. August bis 20. Oktober 1915 arbeitsunfähig krank. Die klagende Krankenkasse, deren Mitglied der Verletzte war, gewährte ihm die erforderliche Krankenhilfe. Ersatz steht ihr für diese Zeit nicht zu, da die Krankheit innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall lag. Am 24. November 1915 wurde B. zum Heeresdienst eingezogen. Er setzte seine Krankenversicherung bei der Beklagten als freiwilliges Mitglied fort (§ 313 RVO.). Wegen Verschlimmerung der Unfallfolgen wurde er nunmehr für Rechnung der Militärverwaltung vom 2. Dezember 1915 bis 6. Februar 1916 in einem Reservelazarett behandelt, und, da er arbeitsunfähig war, zahlte ihm die Klägerin für diese Zeit das satzungsmäßige Krankengeld im Gesamtbetrage von 43,55 *M*. Es besteht kein Streit darüber, daß B. in der angegebenen Zeit an den Rückständen des am 21. Juli 1915 erlittenen Unfalls krank war. Die klagende Kasse forderte von der Berufsgenossenschaft unter Hinweis auf § 1501 RVO. Erstattung des gezahlten Krankengeldes aus der dem B. zustehenden Unfallrente. Die Beklagte lehnte dies mit der Begründung ab, daß B. während seiner Militärlazarettbehandlung keinen Anspruch auf die Unfallrente habe. Die Zeit des Krankengeldbezugs falle somit mit einem Anspruch auf die Unfallrente nicht zusammen. Klägerin, die die Feststellung der Unfallentschädigung gemäß § 1509 selbständig betreibt, verharrte bei ihren Ansprüchen und erhob gegen den an sie ergangenen Bescheid der Beklagten bei dem Versicherungsamt gleichfalls Einspruch. Gegen den hierauf ergangenen gleichfalls abweisenden Endbescheid der Beklagten legte sie bei dem Oberversicherungsamt Be-

Digitized by Google

rufung ein. Der Verletzte selbst hat Einspruch gegen den Bescheid der Beklagten nicht erhoben. Das Oberversicherungsamt gab die Sache „gemäß § 1636 RVO." an das Versicherungsamt ab. Dieses verurteilte die beklagte Genossenschaft, der klagenden Kasse für das gezahlte Krankengeld aus der noch festzustellenden Unfallrente bis höchstens zur Hälfte dieser Rente Ersatz zu leisten. — Gründe:

Die Ersatzansprüche der Klägerin werden durch die §§ 1501 und 1506 Abs. 1 RVO. begründet. Es ist unbestritten, daß die Klägerin das Krankengeld an B. für die Zeit vom 2. Dezember 1915 bis 6. Februar 1916 pflichtgemäß nach Gesetz und Satzung geleistet hat und daß diese Leistung nach der 13. Woche vom Unfalltage an gerechnet, gewährt worden ist. Der von der Beklagten unter Hinweis auf § 597 Abs. 1 RVO. aufgestellten Behauptung, daß ein Anspruch auf die Unfallrente während dieser Zeit, in der B. auf Kosten der Militärverwaltung in einem Lazarett behandelt wurde, nicht bestehe, kann nicht beigetreten werden. Nach dem zwingenden Wortlaut des § 597 Abs. 1 muß die Berufsgenossenschaft die freie Kur und Verpflegung gewähren, wenn diese an Stelle der im § 558 der RVO. bezeichneten Leistungen treten sollen. Da dies aber nicht geschehen ist, die notwendige Behandlung des B. vielmehr unter Wirkung der Kriegsverhältnisse von der Heeresverwaltung durchgeführt wurde, bleibt der unter Ziff. 2 a. a. O. bezeichnete Anspruch auf die Unfallrente als selbständiger Bestandteil der Unfallentschädigung bestehen. Durch die gegenteilige Auslegung würden die Kriegsteilnehmer sowohl, wie auch die vorleistenden Krankenkassen durch die für sie unabwendbaren Kriegsereignisse geschädigt werden. Besteht aber der Anspruch auf die Unfallrente zu Recht, so sind auch die Erstattungsansprüche der Klägerin, allerdings nur höchstens bis zum halben Betrage dieser Rente, gegeben. (§ 1506 RVO.), und es war dementsprechend zu entscheiden.

Anmerkung: Was die Gründe dieser (nicht angefochtenen) Entscheidung besagen, ist gewiß richtig, aber das Versicherungsamt war zur Entscheidung nicht zuständig. Wie das Oberversicherungsamt die Sache „gemäß § 1636 RVO," an das Versicherungsamt abgeben konnte, ist (wenn der Tatbestand richtig wiedergegeben ist) unverständlich, da es sich doch nicht um „Streit über Leistungen aus der Krankenversicherung" handelte, sondern vielmehr um einen Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz aus Leistungen der Unfallversicherung. Ein solcher Streit ist allerdings im Spruchverfahren, und zwar in erster Instanz vom Versicherungsamt zu entscheiden (§§ 1501, 1515 Abs. 2. 1771, 1772), aber nur sofern die Entschädigungspflicht des Trägers der Unfallversicherung unstreitig oder bereits rechtskräftig festgestellt ist (Entsch. des RVA. 1857, Amtl. Nachr. 1914 S. 549, ArbVers. 1914 S. 574), und gerade dies traf im vorliegenden Falle nicht zu, da der Streit sich um nichts anderes drehte, als darum, ob die Berufsgenossenschaft dem Verletzten die Rente schuldete, aus der die Kasse Ersatz für ihre Leistungen begehrte. Das Recht der Kasse, die Feststellung der Unfallentschädigung zu betreiben, ergibt sich aus § 1509 RVO. Von diesem Recht hat sie Gebrauch gemacht und die Berufsgenossenschaft hat hierüber, formell richtig, Bescheid und Endbescheid erteilt (§§ 1583, 1606). Das hiergegen gegebene Rechtsmittel aber war die Berufung, über die das Oberversicherungsamt, nicht das Versicherungsamt, zu entscheiden hatte (§ 1675).

Sprechsaal.

Angestelltenversicherungspflicht und Versicherungsfreiheit der Krankenkassen-Beamten und -Angestellten.

Die Angestellten der Krankenkassen unterliegen der Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz, vorausgesetzt, daß sie nicht berufsunfähig sind, gegen Entgelt beschäftigt werden, daß ihr Jahresarbeitsverdienst 5000 ℳ nicht übersteigt und daß sie beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung das Alter von 60 Jahren noch nicht erreicht haben; untere Altersgrenze bildet das vollendete 16. Lebensjahr.

Versicherungsfrei sind die in Betrieben eines Trägers der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung Beschäftigten, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten im Mindestbetrage nach derjenigen Gehaltsklasse gewährleistet ist, welche ihrem tatsächlichen Stelleneinkommen zu der Zeit entspricht, zu der die diesbezügliche Entscheidung durch die oberste Verwaltungsbehörde — in Bayern das K. Staatsministerium des Innern — wirksam wird. Versicherungsfreiheit ist anzunehmen, wenn ein Angestellter der Krankenkassen zwar auf Kündigung angestellt ist, aber nur aus einem wichtigen Grunde entlassen werden kann und ihm Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung in Aussicht gestellt ist.*) Befreit ist nicht nur ein Beschäftigter, der im Falle seiner Dienstunfähigkeit sofort Ruhegehalt zu fordern haben würde; auch ein Beschäftigter ist versicherungsfrei, der auf eine Stelle berufen wird, für die nach der Dienstordnung die Versorgungsberechtigung vorgesehen ist. Die diesbezügliche nach § 9 Abs. 3 AVG. erforderliche allgemeine Feststellung ist in Bayern vom zuständigen Staatsministerium des Innern mit Entschließung vom 23. September 1916 bereits in Aussicht gestellt.

Krankenkassen, welche ihre Dienstordnung der bezeichneten Ministerialentschließung entsprechend geändert und mit aufsichtlicher Genehmigung ihre Angestellten in die Versorgungsberechtigung eingeführt oder Beamte mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt haben, müssen beim Staatsministerium des Innern unter Sachdarstellung und Vorlage eines Abdrucks der Dienstordnung sowie der Anstellungsverträge die Er-

*) Zu vgl. für Preußen die Ministerialverfügungen in ArbVers. 1913 S. 18.

Digitized by Google

lassung einer Entscheidung nach § 9 Abs. 3 AVG. beantragen. Die ergangene Entscheidung, in welcher die Zeit festgesetzt wird, von wann ab die Versicherungsfreiheit gegeben ist, ist sodann der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Wilmersdorf-Berlin samt den einschlägigen Versicherungskarten mit dem Antrag auf Löschung der einzelnen Konten und Rückzahlung der vom Tage der Versicherungsfreiheit an allenfalls entrichteten Beiträge vorzulegen. Die Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe des § 209 und 228 Abs. 2 AVG. Hiernach gelten Beiträge, die in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet worden sind und nicht zurückgefordert werden, als zur freiwilligen Weiterversicherung entrichtet, wenn das Recht dazu in der Zeit der Entrichtung bestand.

Der Anspruch auf Rückerstattung der Beiträge verjährt nach § 228 Abs. 2 in 6 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entrichtet worden sind. Den in Betracht kommenden Krankenkassen ist daher die alsbaldige Antragstellung an die oberste Verwaltungsbehörde zu empfehlen, um eine Verjährung der Ansprüche auf Rückerstattung zu verhindern. Es wird auch gut sein, für diejenigen Angestellten, welche mit Aussicht auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung angestellt werden, von vornherein oder wenigstens weiterhin Beiträge nach dem AVG. nicht zu entrichten und bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gegebenenfalls Beitragsstundung zu beantragen.

Kassenverwalter J. Eibl in Passau.

„Verordnung des Bundesrats" oder „Bekanntmachung des Reichskanzlers"?

In zahlreichen Reichsgesetzen finden sich Vorschriften, wonach die nähere Regelung eines Punktes, der an sich zur ordentlichen Reichsgesetzgebung gehört, anderen Stellen übertragen ist. Vielfach ist in dieser Weise, insbesondere auch im Gebiete der Reichsversicherung, der Erlaß näherer Bestimmungen dem Bundesrate vorbehalten. Seine auf Grund solcher Vorschriften erlassenen Verordnungen haben dann, kraft übertragener Gesetzgebungsbefugnis (Delegation), die Bedeutung von Reichsgesetzen. Verordnungen dieser Art sind, um nur einige Beispiele anzuführen, z. B. ergangen auf Grund der Art. 4, 100 Einf. Ges. zur RVO. (RGBl. 1911 S. 444, 1132, 1133, 1912 S. 403, 441, 527, 529, 531), auf Grund des § 80 Abs. 3 RVO. (RGBl. S. 254), ferner insbesondere im Gebiete der Krankenversicherung auf Grund der §§ 168, 236 (RGBl. 1913 S. 756, 1914 S. 141), des § 366 (ZtrBl. f. d. Deutsche Reich S. 1009) usw. und entsprechend auch vielfach für die anderen Versicherungsgebiete. Für die Kriegszeit ist dem Bundesrat durch § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) eine besonders weitgehende Verordnungsbefugnis übertragen, auf der u. a. die Verordnungen über die Kriegswochenhilfe und mancherlei andere versicherungsrechtliche Maßnahmen beruhen.

Die Rechtsverordnungen des Bundesrats werden vom Reichskanzler bekannt gemacht*) und erscheinen zumeist unter der Überschrift „Bekanntmachung usw." und mit der Unterschrift des Reichskanzlers (oder seines Stellvertreters). Demgemäß ist es üblich — wenn auch nicht allgemein —, in Entscheidungen und sonstigen Ausführungen die einzelnen vom Bundesrat erlassenen Vorschriften als Paragraphen der „Bekanntmachung des Reichskanzler", nicht der „Verordnung des Bundesrats" zu bezeichnen. Hiergegen ist neuerdings nachdrücklich Einspruch erhoben worden. Bei Besprechung einer Verordnung aus einem anderen Rechtsgebiete bemerkt Geh. Hofrat Prof. Dr. Jaeger (Jur. Wochenschr. 1917 S. 66 Anm. 2): „Rechtsquelle ist nicht die Bekanntmachung des Reichskanzlers, sondern die von ihm bekanntgemachte Verordnung des Bundesrats. Das ist derart selbstverständlich, daß es gar nicht gesagt werden dürfte, wenn der Unfug mißbräuchlicher Benennung nicht so stark um sich gegriffen hätte." Der Vordersatz ist richtig; weniger einwandsfrei aber ist die daraus gezogene Folgerung und die Entrüstung über den „Unfug". Bei der Anführung von Gesetzen und Verordnungen ist es oft nicht nur zweckmäßig, sondern — zumal wenn mehrfache Gesetze oder Verordnungen über den gleichen Gegenstand ergangen sind, wie z. B. hinsichtlich der Kriegswochenhilfe — geboten, das Datum ihres Erlasses beizufügen. Der Tag der Verordnung des Bundesrats ist aber in der Regel aus der Bekanntmachung nicht zu ersehen. Nur ganz ausnahmsweise macht der Reichskanzler die Entschließung des Bundesrats als „Verordnung" unter Angabe ihres Datums bekannt, so z. B. neuerdings „Verordnung über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917" (RGBl. S. 171, ferner neuestes RGBl. S. 200 und früher schon z. B. auch „Verordnung" vom 16. Oktober 1916, RGBl. S. 1137), und fügt am Schlusse seiner Bekanntmachung das gleiche Datum hinzu. Wenn in den weitaus meisten Fällen anders verfahren wird, so ist nicht anzunehmen, daß sich der Tag der Verordnung nicht mit dem Tage der Bekanntmachung deckt; jedenfalls fehlt die Möglichkeit, die „Verordnung" unter ihrem Datum zu bezeichnen. Die Bezeichnung „Verordnung vom . . ." wäre willkürlich und vermutlich unrichtig. Als Ausweg bliebe nur etwa folgende Form der Anführung: § . . . der Verordnung des Bundesrats über . . . laut Bekanntmachung des Reichskanzlers v. . ." Das wäre aber eine recht überflüssige und unpraktische Umständlichkeit. Deshalb empfiehlt es sich, in den Regelfällen an dem durchaus unschädlichen und keiner Mißdeutung ausgesetzten Brauche festzuhalten und zu schreiben: „Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend . . . vom . . ."

*) Über die Art der Bekanntmachung zu vgl. ArbVers. 1913 S. 23 Ziff. 17 und S. 71, 92.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Auslande, — die wir im Heft 1 S. 9 veröffentlicht haben — wird folgende amtliche Erläuterung mitgeteilt:

Für die Zwecke der deutschen Heeres- und Marineverwaltung sind in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland, namentlich auf belgischem und französischem Gebiet, vielfach private deutsche Unternehmer mit Arbeitern aus dem deutschen Inland tätig. Ihr Unternehmen im Ausland ist nach Art und Ausdehnung

Digitized by Google

meist als selbständiger Betrieb, nicht als eine bloße „Ausstrahlung" ihres Inlandbetriebs anzusehen, zumal dem Begriff einer Ausstrahlung auf dem Gebiete der Krankenversicherung ohnehin engere Grenzen gezogen sind als bei den anderen Zweigen der Reichsversicherung. Da aber, von solchen Ausstrahlungen abgesehen, die Krankenversicherung im allgemeinen an der Reichsgrenze endet, sind diese Arbeiter im Ausland bisher nicht versichert. Dies wird mit Recht, je länger der Krieg dauert, um so mehr als Härte empfunden. Die Sache liegt hier anders als bei den Personen, die im Frieden ihr Fortkommen im Ausland suchen und sich dabei selbst freiwillig von der Heimat und ihren sozialen Gesetzen und Wohlfahrtseinrichtungen loslösen. Die jetzt hier in Frage kommenden Arbeiter sind für deutsche Interessen allgemeiner Art tätig und arbeiten zugleich innerhalb des durch den Krieg über die Reichsgrenze hinaus ausgedehnten deutschen Machtbereichs. Es ist daher sowohl billig als auch ausführbar, daß ihrem Versicherungsbedürfnis auch während der Auslandstätigkeit genügt wird.

Im Ausland fehlen aber die deutschen Krankenkassen, die deutschen Versicherungsbehörden und die deutschen Ärzte. In der Regel kann dafür dort auch nicht ausreichender Ersatz geschaffen werden. Daher läßt sich die Krankenversicherung in der Hauptsache nur in Anlehnung an Einrichtungen des Inlandes durchführen, wobei dafür gesorgt werden muß, daß die inländischen Kassen bei Wahrnehmung derjenigen Obliegenheiten, die sie im Ausland nicht selbst und durch eigene Organe versehen können, in geeigneter Weise vertreten werden. Zu dieser Vertretung sind nur die militärischen Stellen, namentlich die des Militär-Sanitätswesens, geeignet und daher in der Verordnnng dafür bestimmt worden.

Bevor hier auf die einzelnen Paragraphen der Bundesratsverordnung eingegangen wird, mag noch bemerkt werden, daß diese Vorschriften bereits zu einer Zeit geplant und vorbereitet worden sind, zu der das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst noch nicht erlassen war und auch nach seinem wesentlichen Inhalt noch nicht feststand. Soweit Tätigkeiten auch im besetzten Gebiete als solche im vaterländischen Hilfsdienst anzusprechen sein werden, dürfte dafür eine Regelung der versicherungsrechtlichen Beziehungen in weiterem Rahmen noch zu erfolgen haben. Dabei wird sich dann herausstellen, wieweit die hier zu besprechenden Vorschriften für die nicht in ihren Rahmen fallenden, sich aus dem vaterländischen Hilfsdienst ergebenden Versicherungsverhältnisse zu benutzen und gegebenenfalls zu ergänzen oder abzuändern sind.

Zu § 1: Die Verordnung ist in erster Reihe im Interesse der deutschen Arbeiter erlassen worden. Ein Anlaß, die Wohltaten der deutschen Krankenversicherung auch auf Arbeiter feindlicher Staatsangehörigkeit im Ausland auszudehnen, besteht nicht. Dagegen ist der Grundsatz der RVO., wonach innerhalb des Reichs die Ausländer den Inländern versicherungsrechtlich regelmäßig gleich zu behandeln sind, für die Angehörigen verbündeter oder neutraler Staaten im allgemeinen übernommen worden. Eine Ausnahme gilt nur, soweit Personen dieser Art etwa innerhalb des eigenen Heimatsstaates beschäftigt worden, so beispielsweise luxemburgische Arbeiter innerhalb Luxemburgs. Sie unterstehen hier den Gesetzen des eigenen Landes, und es ist berechtigt und billig, wenn sie auf dessen Wohlfahrtseinrichtungen auch während der zeitweiligen Beschäftigung bei einem deutschen Arbeitgeber angewiesen bleiben. Im übrigen stellt sich die Frage nach der Versicherungspflicht unn dem Recht zum freiwilligen Beitritt zur Versicherung und zur Weiterversicherung ganz so, wie wenn die Beschäftigung im Inland stattfände. Es sind daher dafür die Vorschriften der RVO. und die zu ihrem Vollzug und ihrer Ergänzung erlassenen Vorschriften und Bestimmungen anzuwenden.

Zu §§ 2, 3 und 6: Wenn der Unternehmer des Auslandsbetriebs für seinen inländischen Betrieb eine eigene Betriebskrankenkasse errichtet hat, so ist auch für das ausländische Unternehmen ein naher natürlicher Zusammenhang zu dieser Kasse gegeben. Für diesen Fall werden daher die Auslandsarbeiter der inländischen Betriebskrankenkasse als Mitglieder zugewiesen. Besteht für mehrere Betriebe des Unternehmers eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, so übernimmt diese, und wenn für die mehreren Betriebe je getrennte Betriebskrankenkassen errichtet sind, nach Wahl des Unternehmers eine von ihnen die Versicherung.

Wo dieser enge Zusammenhang nicht gegeben ist, beispielsweise wenn die inländischen Arbeiter des Unternehmers bei einer Ortskrankenkasse versichert sind, ist für die Wahl der Kasse der Gesichtspunkt der örtlichen Nähe wichtiger und daher ausschlaggebend. Hier wird der Vorteil der leichten Erreichbarkeit für den geschäftlichen Verkehr und bei der Überführung des erkrankten Versicherten in die eigene Heilfürsorge seiner Kasse für überwiegend erachtet. Herangezogen werden sollen nur große, geldlich wie geschäftlich leistungsfähige Ortskrankenkassen des inländischen Ortsgrenzgebiets. Ihre Auswahl ist der obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Grenzgebiets, mithin für die hauptsächlich beteiligten preußischen Grenzbezirke dem preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe übertragen. Auch ohne ausdrückliche Vorschrift darf angenommen werden, daß dabei stets nur nach Anhören der Kasse und soweit als möglich im Einvernehmen mit ihr vorgegangen werden wird. Kommen in einigen Betrieben nur landkassenpflichtige Arbeiter in Frage, so können sie auch einer Landkrankenkasse des Grenzgebiets zugewiesen werden. Hierzu würde in Preußen die Mitwirkung des Landwirtschaftsministeriums nötig sein.

Die Verordnung schließt aber nicht aus, daß sich die Beteiligten untereinander über eine abweichende Regelung der Kassenzugehörigkeit verständigen. Derartige Vereinbarungen hatten Unternehmer der in Rede stehenden Auslandsbetriebe schon mehrfach mit Krankenkassen im Inland getroffen, um so ihren Beschäftigten die durch das Gesetz nicht gegebene Krankenversicherung zu verschaffen. Praktisch war dies ein gutes Aushilfsmittel, aber die formale Berechtigung der Kassen zur Übernahme solcher ihrem satzungsmäßigen Mitgliederkreise nicht zugehörigen Personen war rechtlich nicht ohne Bedenken. Indem die Verordnung jetzt solche Vereinbarungen ausdrücklich zuläßt, stellt sie nicht nur die früher abgeschlossenen auf rechtlich einwandfreie Grundlage, sondern gestattet auch neue Abmachungen dieser Art. Die zwischen Unternehmer und Kasse getroffenen Vereinbarungen bedürfen der Zustimmung der beteiligten obersten Militärbehörde, sowie dann, wenn die Kassenzugehörigkeit schon anderweit geregelt war, auch derjenigen der bis dahin zuständigen Kasse oder, falls diese sie versagt, des Versicherungsamts.

Endlich läßt die Bundesratsverordnung auch die Errichtung neuer Betriebskrankenkassen im Ausland selbst zu, die aber freilich wohl nur in Einzelfällen durchführbar sein dürfte. Erforderlich ist ein Antrag des Unternehmers bei der obersten Verwaltungsbehörde des Auslandsgebiets, oder, wo solche noch nicht eingerichtet sein sollte, der dortigen obersten Militärbehörde. Diese entscheidet nach freiem Ermessen. Ihr liegt auch die Genehmigung der Satzung ob. Diese kann jedoch erst aufgestellt werden, wenn die gleiche Behörde gewisse Vorbedingungen für das Wirken der Kasse geschaffen,

Digitized by Google

namentlich Bestimmung über Aufsicht, Verfahren, Rechtsmittel und dergleichen getroffen hat. Die einschlägigen Vorschriften der RVO. gehen ja von der im Inland vorhandenen Behördengliederung aus und lassen sich nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse im Ausland anwenden. Dort wird auch beim Mangel geschulter Behörden unter Umständen die Durchführung von Verhältniswahlen auf Schwierigkeiten stoßen. Es wird daher auch ein einfacheres Wahlverfahren zugelassen, wobei indessen die Geheimheit der Wahlen vorbehalten ist.

Zu § 4: Die Beitragsleistung richtet sich ebenso nach den Vorschriften der RVO. und der dazu ergangenen späteren Vorschriften, z. B. des Gesetzes vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 337), wie dies für die Unterstützungen durch die Kasse der Fall ist. Nur über den maßgebenden Grundlohn wird mit Rücksicht auf die Verschiedenheit der Lohnverhältnisse in den besetzten Gebieten gegenüber dem Inlande Bestimmung getroffen. Der Ortslohn kann dabei schon deshalb nicht in Betracht kommen, weil er dort nicht festgesetzt wird. Auch eine Gleichstellung der Neuversicherten mit denjenigen Klassen von Mitgliedern, für welche die Kasse errichtet ist (§ 180 Abs. 1 RVO.), ließe sich nicht durchführen. Die Grundlage kann daher nur der wirkliche Arbeitsverdienst bilden. Die Fassung des Paragraphen ergibt aber, daß dies nicht nur in der Form des Abs. 4, sondern auch in derjenigen des Abs. 2 des § 180 RVO. geschehen, das heißt der Versicherte auf Grund dieses wirklichen Arbeitsverdienstes auch in die bei der Kasse gebildeten Lohnstufen eingereiht werden kann.

Zu § 5: Zu einer allseitigen, ordnungsmäßigen Durchführung der erforderlichen Krankenpflege und Krankenhaus- (Lazarett-) Pflege in dem von der RVO. vorgesehenen Umfang sind im besetzten Ausland nur die Sanitätsverwaltungen des Heeres und der Marine imstande. Diese sind zur Übernahme der Aufgabe auch bereit. Ihrem pflichtmäßigen Ermessen kann es überlassen bleiben, auch die einheimischen Ärzte des besetzten Gebiets zur Aushilfe heranzuziehen, wo es im Einzelfalle zweckdienlich und unbedenklich erscheint; ebenso muß ihnen die Auswahl der Fälle zustehen, in denen die Überführung des Erkrankten in ein inländisches Lazarett oder in die eigene Fürsorge seiner inländischen Krankenkasse ratsam ist. Daß eine solche Überführung unter Beachtung der von der Heeresverwaltung für Krankentransporte erlassenen Bestimmungen zu erfolgen hat, ist selbstverständlich; daß sie auf Kosten der Krankenkasse geschieht, wird zur Vermeidung von Zweifeln ausdrücklich erwähnt. Es darf darauf vertraut werden, daß bei der Anordnung solcher Überführungen die nötige Rücksicht auf die Kostenlast der Krankenkassen genommen werden wird.

Auch für die sonstigen Kosten, die den Sanitätsverwaltungen aus den ihnen hier zugewiesenen Obliegenheiten erwachsen, haben ihnen die Krankenkassen Ersatz zu leisten. Eine ziffermäßig genaue Berechnung der jeweiligen Kosten der einzelnen Erkrankung ist nicht durchführbar; es ist daher notwendig, die Entschädigung nach Pauschbeträgen für jeden Fall zu bestimmen. Den Tagessatz der Vergütung für die Leistungen der Krankenpflege setzt der Entwurf im Anschluß an entsprechende Vorschriften der RVO. (zu vgl. §§ 222, 1503 Abs. 1, § 1513 Abs. 2, § 1519 Abs. 3 daselbst) auf drei Achtel des für den Erkrankten maßgebenden Grundlohns fest. Bei Krankenhaus- und Lazarettpflege scheidet er — gleichfalls nach dem Vorbild der RVO., zu vergleichen § 1503 Abs. 2 — zwischen den Kosten der Krankenpflege und denen des Unterhalts im Krankenhause, setzt den Betrag des Ersatzes für die letzteren indessen in billiger Berücksichtigung aller Verhältnisse nur auf zwei Achtel des Grundlohns fest. Abweichende Vereinbarungen über die Höhe des Ersatzes bleiben zugelassen. Anweisung wegen der gegenseitigen Verrechnung kann im Verwaltungswege getroffen werden.

Entsteht über Maßnahmen der Krankenpflege oder Lazarettpflege ein Streit, der eine sofortige Entscheidung erfordert, so wird die vorgesetzte militärische Stelle im Beschwerdeweg eine wenigstens vorläufige Regelung herbeiführen können; einer besonderen Hervorhebung in der Verordnung bedürfte dies nicht. Den inländischen Spruch- oder Beschlußbehörden kann es dann überlassen bleiben, den Streit im Instanzenzug endgültig zum Austrag zu bringen.

Zu § 7: Für die Einbeziehung unständig Beschäftigter in diese Versicherung, die der Durchführung auch Schwierigkeiten bereiten würde, besteht nach der Lage der Verhältnisse kein ausreichendes Bedürfnis. Eine Versicherung nach den Vorschriften der Verordnung erübrigt sich ferner für Personen, die schon nach der RVO. bei einer inländischen Krankenkasse versichert sind und dieser Versicherung auch während eines vorübergehenden Aufenthalts im besetzten Ausland unterstehen. Das Verhältnis dieser Personen bedurfte der Klarstellung für den Fall, daß sie zeitweise im Betriebe eines unter diese Verordnung fallenden Unternehmens mit tätig werden, ohne in diesen Betrieb überzutreten, wie es z. B. bei Monteuren der Fall sein kann. Hier ist es dann einfacher, wenn die Verpflichtung zur vorläufigen Krankenpflege, die nach § 221 RVO. ihrem Arbeitgeber obliegt, auf die Militärverwaltung übertragen wird, der diese Fürsorge schon für die anderen in dem betreffenden Auslandsgebiete tätigen Arbeiter obliegt. Auf sie geht dann entsprechend auch der Erstattungsanspruch des Arbeitgebers gegen die inländische Krankenkasse des Versicherten über.

Zu §§ 8 und 9: Die Verordnung befaßt sich in ihren bisher erläuterten Bestimmungen nur mit Arbeitern, die von privaten Unternehmern für Zwecke der Heeres- oder Marineverwaltung beschäftigt werden. Daneben beschäftigen die genannten Stellen im besetzten Ausland auch Arbeiter unmittelbar selbst für ihre Zwecke. In gleicher Weise findet sich dort eine mittelbare und eine unmittelbare Beschäftigung von Arbeitern auch für die Zwecke der deutschen Zivilverwaltungen. Es ist nun bereits mehrfach, so in Belgien, im Verwaltungsweg umfassende Fürsorge für diese Gruppen von Beschäftigten bei Erkrankungsfällen in Anlehnung an die Vorschrift der §§ 169 ff. der RVO. getroffen worden. Hierbei kann es belassen werden, auch den beteiligten obersten Behörden unbenommen bleiben, ähnliche Vorschriften geeignetenfalls noch weiterhin zu erlassen. Andererseits bieten die §§ 8 und 9 die Möglichkeit, den bezeichneten Gruppen statt dessen eine Versicherung nach den Vorschriften dieser Verordnung zuzuwenden, wo sich solches als zweckmäßig herausstellen sollte. Soweit es sich dabei um Arbeiten für die Zivilverwaltungen handelt, steht der Erlaß einschlägiger Bestimmungen dem Reichskanzler zu, der dabei auf Antrag und im Einvernehmen mit den obersten Zivilverwaltungen der besetzten Gebiete vorgehen wird.

§ 8 befaßt sich fernerhin mit der Frage der Versicherung solcher deutschen Arbeiter, die zwar nicht in dem besetzten Gebiete, wohl aber im sonstigen Ausland, z. B. in der Türkei, von deutschen Unternehmern oder Behörden für Zwecke der Heeres- oder Marineverwaltung des Deutschen Reiches oder einer befreundeten Macht beschäftigt werden. Aus Gründen der Zweckmäßigkeit ist die Frage nicht allgemein geregelt, vielmehr der Heeres- und Marineverwaltung die Befugnis eingeräumt worden, die Vorschriften der Verordnung auch auf die bezeichneten Arbeiter je nach Bedarf auszudehnen.

Zu § 10: Das geltende Versicherungsrecht macht den Anspruch auf gewisse Vergünstigungen, so denjenigen auf Kassenleistungen beim Ausscheiden wegen Erwerbs-

Digitized by Google

losigkeit (§ 214 der RVO.), auf Weiterversicherung (§ 313 a. a. O.), auf Wochenhilfe und Kriegswochenhilfe (§ 195 a. a. O., § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 [Reichs-Gesetzbl. S. 492]) davon abhängig, daß der Betreffende eine voraufgegangene Versicherung von bestimmter Dauer nachzuweisen vermag. Dabei ist in allen Fällen eine Versicherung gegen Krankheit auf Grund der RVO., das heißt bei einer Krankenkasse im Sinne des § 225 der RVO. oder einer Ersatzkasse (§§ 503 ff. a. a. O.) oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gemeint. Die Wortfassung ist jedoch an den verschiedenen Gesetzesstellen nicht ganz gleichmäßig. So spricht § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 von der Versicherung „auf Grund der Reichsversicherungsordnung". Durch diesen Ausdruck würde jedenfalls ein Versichertsein auf Grund der vorliegenden Vorschriften nicht gedeckt sein. Bei der sonstigen Fassung sind in dieser Beziehung Zweifel immerhin nicht ausgeschlossen. Zur Vermeidung solcher Zweifel, die späterhin zu einer unbilligen Schlechterstellung deutscher Arbeiter wegen ihrer hier behandelten Auslandstätigkeit führen könnten, ist in der Bekanntmachung die Gleichstellung dieser Auslandsversicherung mit der Regelversicherung nach der RVO. ausdrücklich ausgesprochen worden.

Zu §§ 11 und 12: Bei den eigenartigen und einer häufigen Änderung ausgesetzten Verhältnissen in den verschiedenen besetzten Gebieten lassen sich die Schwierigkeiten, die sich einer Durchführung der geplanten Versicherung entgegenstellen können, und die zu ihrer Beseitigung erforderlichen Maßnahmen nicht von vornherein vollständig überblicken. Deshalb ist dem Reichskanzler hier eine ähnliche Vollmacht erteilt worden, wie sie seinerzeit für die Durchführung der RVO. im Artikel 100 ihres Einführungsgesetzes dem Bundesrate gegeben war. Dabei werden insbesondere auch Vorschriften der RVO. für nicht anwendbar erklärt werden können, die sich für die Verhältnisse im Ausland als ungeeignet herausstellen sollten. Im übrigen wird dem verständigen Ermessen der beteiligten Stellen bei der sinngemäßen Anwendung der in Betracht kommenden Vorschriften der RVO. ein gewisser Spielraum gestattet werden müssen.

Zwischen der Verkündung der Verordnung und ihrem Inkrafttreten am 15. Januar 1917 ist ein Zeitraum von etwa einem Monat belassen worden. Dieser wird für die erforderlichen Vorbereitungen ausreichen. Die Ausführungsbestimmungen der obersten Militär- und Marineverwaltungen dürften in nächster Zeit erscheinen. Ebenso die Bestimmung des Handelsministeriums usw. über die in Betracht kommenden Kassen des Grenzgebiets. Kassenseitig werden nur die letzteren und die Betriebskrankenkassen der im besetzten Ausland tätigen Unternehmer gewisse Vorbereitungen zu treffen haben, da die übrigen Kassen durch die Verordnung nicht berührt werden. Dabei ist zu bemerken, daß die Verordnung offenbar nicht die Notwendigkeit von Satzungsänderungen im Auge hat, obgleich nach dieser Richtung hin keine ausdrückliche Vorschrift darin enthalten ist. Sollten sich wider Erwarten nicht alle Anordnungen bis zum 15. Januar durchführen lassen, so würde daraus ein Nachteil für die Versicherten nicht entstehen, da ihnen ja im Erkrankungsfalle die Militärbehörden alsbald die erforderliche Krankenhilfe zuteil werden lassen können. Die Frage des Ersatzanspruches und der dabei beteiligten Kasse bliebe dann der späteren ohnehin sehr bald nachfolgenden Regelung vorbehalten.

Zur Bekanntmachung über Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten.

vom 25. Januar 1917 (ArbVers. Heft 5 S. 106) werden folgende amtliche Erläuterungen mitgeteilt:

Nachdem der Bundesrat mittels der Bekanntmachung vom 2. November 1916 (RGBl. S. 1247) für die seit Kriegsbeginn in Deutschland zurückgehaltenen Angehörigen feindlicher Staaten die Frage der Krankenversicherung geregelt hatte, ordnet er jetzt für diejenigen Ausländer, die erst nach Kriegsbeginn infolge militärischer Anordnungen zum Zweck der Beschäftigung ins Inland gebracht worden sind, die Versicherungsverhältnisse auf dem ganzen Gebiete der Arbeiterversicherung. Handelte es sich bei jener früheren Verordnung in erster Reihe um die russisch-polnischen Zeit-(Saison-)arbeiter, so hat die neue Verordnung über Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten vom 25. Januar 1917 vorzugsweise die jetzt nach Deutschland gebrachten Belgier im Auge.

Die Anordnungen der Heeresverwaltung, von denen diese Personen betroffen wurden, bedingen gewisse Besonderheiten ihres Arbeitsverhältnisses, die aus ähnlichen Gründen wie bei den Personen der von der ersteren Verordnung erfaßten Gruppe ihre Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung nach der RVO. zweifelhaft erscheinen lassen können. Zur Vermeidung der mit solchen Zweifeln bis zur Stellungnahme der höchsten Spruchstelle verbundenen Rechtsunsicherheit bestimmt die Verordnung ausdrücklich, daß die bezeichneten Personen ohne Rücksicht auf die Besonderheiten, die sich für ihr Beschäftigungsverhältnis aus der Anordnung der Heeresverwaltung ergeben, beim Vorhandensein der sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen der reichsgesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung unterliegen, von der Pflicht zur Invalidenversicherung aber befreit sein sollen. Die Einbeziehung in die Kranken- und Unfallversicherung geschieht einmal mit Rücksicht auf die Betroffenen selbst; sie entspricht der Billigkeit schon deshalb, weil diese Personen durch behördliche Maßnahmen zur Annahme einer Beschäftigung in Deutschland angehalten worden sind. Überdies liegt die Versorgung auch im Interesse der sonst mit der Krankenfürsorge belasteten Armenverbände und Arbeitgeber und befreit die letzteren von der ihnen sonst drohenden Haftpflicht für Unfälle. Vom Beitritt zur Invalidenversicherung hingegen werden diese Beschäftigten regelmäßig kaum Nutzen haben; es ist anzunehmen, daß sie vor Zurücklegung der erforderlichen mehrjährigen Wartezeit in die Heimat zurückkehren und eine Rentenberechtigung niemals erlangen werden. Eine Besorgnis, daß diese Arbeiter mit den deutschen Versicherten auf dem Arbeitsmarkt in einen für letztere lästigen Wettbewerb eintreten könnten, besteht nicht. Es durfte daher von einer Verpflichtung der Arbeitgeber zur Einzahlung der eigenen Beitragshälfte, wie solche im § 1233 Abs. 2 der RVO. vorgeschrieben ist, abgesehen werden. Wo sich die Beschäftigten dieser Art aus besonderen Gründen gleichwohl von der Invalidenversicherung einen Vorteil versprechen sollten, braucht ihnen der freiwillige Beitritt nicht versagt zu werden.

Die persönlichen und Beschäftigungsverhältnisse der Angehörigen dieser Gruppe machen es notwendig, die militärische Sanitätsverwaltung in die Lage zu setzen, bei Erkrankungen das Heilverfahren ihrerseits statt des Versicherungsträgers zu übernehmen. Die Verordnung gibt daher der Heeresverwaltung das entsprechende Recht, ohne ihr dieserhalb eine Verpflichtung aufzuerlegen. Wo die Heeresverwaltung von diesem Recht Gebrauch macht, tritt sie dem Erkrankten gegenüber an die Stelle des Versicherungsträgers. Der Kranke seinerseits hat in dieser Beziehung weder ein Wahl- noch ein Widerspruchsrecht. Dabei umfaßt der Begriff des Heilverfahrens, wie auch sonst nach der

Digitized by Google

Reichsversicherungsordnung, sowohl die Krankenpflege und die Krankenhauspflege der Krankenversicherung als auch die Krankenbehandlung und die Heilanstaltpflege der Unfallversicherung. Krankengeld und Unfallrente sind ebensowenig zu gewähren wie während eines vom Versicherungsträger selbst durchgeführten Heilverfahrens. Dagegen bleibt der Anspruch gegen den Versicherungsträger auf Hausgeld und Angehörigenrente unberührt, da er diese Bezüge ja auch neben einem selbst durchgeführten Heilverfahren zu zahlen hat.

Die Heeresverwaltung erfüllt, wenn sie das Heilverfahren übernimmt, nicht eine eigene Verpflichtung sondern vertritt dabei den Versicherungsträger und hat deshalb ihm gegenüber Anspruch auf Kostenerstattung. Dies gilt natürlich nur für die Zeit, für welche die Verpflichtung des Versicherungsträgers gegeben ist. Bei Betriebsunfällen wird der Versicherte häufig nach Ablauf der dreizehnten Woche seit dem Unfall einen Anspruch für dieselbe Zeit sowohl gegen die Krankenkasse als auch gegen die Berufsgenossenschaft haben. In solchen Fällen wird die Ersatzpflicht lediglich der Berufsgenossenschaft auferlegt, zumal da die Krankenkasse, soweit sie für eine Zeit leistet, während deren eine Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig ist, von dieser nach § 1501 der RVO. Ersatz verlangen kann. Die Pauschbeträge für den Ersatz sind ebenso bemessen wie im § 5 der Bekanntmachung, betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland, vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1383). Danach gelten als Ersatz der Krankenpflege im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO. oder der Krankenbehandlung im Sinne des § 558 Nr. 1 RVO. drei Achtel des Grundlohnes, nach welchem sich das Krankengeld bestimmt; bei Aufnahme in das Krankenhaus (Lazarett) sind für den Unterhalt daselbst weitere zwei Achtel zu vergüten. Wo bei Personen, die zwar gegen Unfall, aber nicht gegen Krankheit versichert sind, ein Grundlohn nicht bestimmt ist, gilt als solcher der wirkliche Arbeitsverdienst des Versicherten bis 6 ℳ für den Arbeitstag. Bezog er zur Zeit der Erkrankung keinen Arbeitsverdienst mehr (vgl. z. B. § 214 RVO.), so würde der zuletzt bezogene Arbeitsverdienst in Betracht kommen. Die Kosten für Hilfsmittel im Sinne des § 558 Nr. 1 der RVO., welche die Heeresverwaltung einem durch Betriebsunfall Verletzten liefert, sind ihr in vollem Umfang zu erstatten (zu vgl. § 1504 der RVO.). Dasselbe auch für den Fall zu bestimmen, daß die Heeresverwaltung bei einer nicht durch Betriebsunfall verursachten Krankheit dem Versicherten Hilfsmittel im Sinne des § 187 Nr. 3 a. a. O. gewährt, war nicht erforderlich. Die Ersatzpflicht könnte nur einer Krankenkasse auferlegt werden, die in ihrer Satzung eine Bestimmung nach § 187 Nr. 3 der RVO. getroffen hat. Das wird nur bei verhältnismäßig wenigen Kassen zutreffen, und überdies ist die Heeresverwaltung stets in der Lage, die Lieferung solcher Hilfsmittel der Kasse zu überlassen.

Übernommen sind ferner die Vorschriften des § 5 Abs. 3 und 4 der bezeichneten Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916, betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland, über die Möglichkeit abweichender Regelung der Ersatzpflicht der Versicherungsträger und die Durchführung der Ersatzansprüche. Nach den §§ 577, 942 der RVO. erhalten Personen, die nicht gegen Krankheit, aber gegen Unfall versichert sind, innerhalb der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall die Leistungen der Krankenkassen von dem Unternehmer oder der Gemeinde. Da die Zahl solcher Personen bei Angehörigen feindlicher Staaten verhältnismäßig gering sein wird, erübrigte sich eine Bestimmung, wonach in solchen Fällen die Heeresverwaltung von dem Unternehmer oder der Gemeinde Ersatz der Kosten des Heilverfahrens verlangen kann.

Den Versichenrungsträgern im Sinne der erörterten Bestimmungen werden knappschaftliche Krankenkassen und, da unter Umständen Angehörige feindlicher Staaten Ersatzkassen angehören, auch diese gleichgestellt.

Größerer Vorbereitungen zur Durchführung der Maßnahme bedurfte es nicht, jedoch ist ein ausreichender Zeitraum für das Bekanntwerden der Vorschriften bei den Arbeitgebern freigelassen worden, um die rechtzeitige Anmeldung zur Versicherung zu ermöglichen. Als Tag des Inkrafttretens der Verordnung war der 12. Februar 1917 bestimmt worden. Aus Billigkeitsgründen ist ihr jedoch rückwirkende Kraft für alle Unfälle beigelegt worden, die sich seit dem Tage des Eintritts in eine Beschäftigung der in Rede stehenden Art ereignet haben sollten.

Ein Teil der Beschäftigten hat möglicherweise bereits Beiträge zur Invalidenversicherung entrichtet. Auch ist es nicht ausgeschlossen, daß gegen ihre Arbeitgeber bereits wegen Nichtentrichtung von Beiträgen vorgegangen worden ist. Da es sich bei der Kürze der Zeit nur um geringfügige Beträge handeln kann, würde eine Rückerstattung der Beiträge für die Versicherungsanstalten eine unverhältnismäßige Geschäftslast bedingen. Es soll daher bei der erfolgten Einzahlung von Beiträgen, umgekehrt aber auch bei der bisher unterbliebenen Beitragsentrichtung belassen bleiben. Ein etwa gegen einen Arbeitgeber wegen Nichtentrichtung von Beiträgen am Tage des Inkrafttretens der Bekanntmachung noch schwebendes Verfahren ist einzustellen.

Zusammenlegung der Breslauer Ortskrankenkassen.

Der in der Versammlung am 22. November v. J. gewählte Ausschuß hat bereits in mehreren Sitzungen die Grundlagen festgelegt, unter denen die Zusammenlegung der Ortskrankenkassen vor sich gehen soll. Die Kommission steht grundsätzlich auf dem Standpunkt, daß nur eine Vereinigung auf Grund übereinstimmender Beschlüsse der Kassenausschüsse im Sinne des § 268 der RVO. möglich sei. Die Grundlagen zur Aufstellung der neuen Kassensatzung sind ebenfalls bereits festgelegt. Die Kommission ist der Ansicht, daß nicht allein die Höhe des Krankengeldes den Wert der Leistungen ausmacht, sondern daß auch andere Aufgaben, die die Reichsversicherungsordnung vorsieht, erfüllt werden müssen. Sie hat deshalb beschlossen, die Familienhilfe für alle Versicherten einzuführen und neben freier ärztlicher Behandlung auch die Hälfte der Kosten für Arzneien und Heilmittel zu übernehmen. Das Krankengeld soll in einer Höhe von 52 v. H. des Grundlohnes festgelegt und auch für Sonn- und Feiertage gezahlt, das Sterbegeld zunächst im 35fachen Betrage des Grundlohnes gewährt werden. — Bei der großen Allgemeinen Kasse soll nach dem Beschlusse des Ausschusses der Vorstand aus 21, der Ausschuß aus 90 Mitgliedern bestehen. Die Verteilung der Sitze zu den Kassenorganen soll unter Berücksichtigung der Mitgliederzahl und des Vermögens der einzelnen Kassen erfolgen. Die Vorarbeiten werden voraussichtlich bereits in der ersten Hälfte dieses Jahres beendet sein.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Kriegswochenhilfe aus § 8 der Bek. v. 3. Dezember 1914 gebührt der versicherten Wöchnerin, auch wenn der Ehemann erwerbstätig ist.

1. Nach Neumarkt i. Schl. Antwort: Allerdings kommt die Kriegswochenhilfe auf Grund der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 in Wegfall, wenn der Ehemann der Wöchnerin, der bisherige Kriegsteilnehmer, im wesentlichen wieder erwerbstätig sein kann (ArbVers. 1916 S. 730, 754), während die besonderen Leistungen an versicherte Wöchnerinnen, deren Ehemänner nicht zu den Kriegsteilnehmern gehören, auf Grund des § 8 der bezeichneten Bekanntmachung ihnen ohne Rücksicht auf die Erwerbstätigkeit des Ehemannes, also selbst dann gebühren, wenn der Ehemann gerade infolge der Kriegsverhältnisse gegen besonders hohen Lohn arbeitet und dadurch in den Stand gesetzt ist, selbst für Frau und Kind zu sorgen. Wir können aber hierin keinen auffälligen Widerspruch und keine unbillige Schlechterstellung der Kriegerfrauen finden. Diesen kommt die Kriegswochenhilfe als eine nur im Hinblick auf die Kriegsdienstleistung der Ehemänner auf Kosten des Reichs, ohne entsprechende Beitragsleistung, gewährte Unterstützung zu. Die Leistungen aus § 8 dagegen werden den versicherten Wöchnerinnen aus Mitteln der Kasse, zu der sie selbst und (im Falle der Versicherungspflicht) ihre Arbeitgeber Beiträge leisten, gewährt. Es handelt sich hierbei um eine gesetzliche Erweiterung der Pflichtleistungen der Kasse, um eine zunächst nur für die Kriegszeit getroffene „Maßregel der Krankenversicherung selbst" (vgl. MinErl. in ArbVers. 1916 S. 178), die man demgemäß, wie andere Versicherungsleistungen, nicht abhängig gemacht hat von den Erwerbsverhältnissen der Versicherten oder ihrer Ehemänner, weil es geboten erschien, in dieser Weise für die Gesunderhaltung der versicherten Mütter und ihres Nachwuchses auf alle Fälle vorzusorgen.

Macht Hausreinigung gegen freie Wohnung krankenversicherungspflichtig?

2. Nach N. Frage: Ist die Ehefrau, deren Ehemann im Felde steht, und der gegen freie Kellerwohnung die Vordertreppenreinigung und die gleichfalls elektrische Treppenbeleuchtung übernommen hat, krankenversicherungspflichtig, wenn sie jetzt für ihn diese Arbeiten besorgt? Der Wert der Wohnung wird im Jahr auf 120 ℳ geschätzt.

Antwort: Arbeitnehmerin ist jetzt tatsächlich die Frau, und sie ist daher versicherungspflichtig, sofern nicht etwa Versicherungsfreiheit nach der Verordnung vom 17. November 1917 über vorübergehende Dienstleistungen bestehen sollte. (Arb.-Vers. 1913, S. 848.) Verrichtet sie sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit, so ist sie also versicherungsfrei, wenn der gewährte Entgelt, nämlich die freie Wohnung, für ihren Unterhalt nicht wesentlich ist. Es kommt somit darauf an, ob sie diesen im wesentlichen aus anderen Einkünften bestreitet. Reichen sie aber hierzu nicht aus, so daß sie davon die Wohnung nicht bezahlen könnte, so unterliegt sie der Krankenversicherungspflicht.

Verbandzeug als Heilmittel oder als Zubehör der ärztlichen Behandlung?

3. Nach G. 87. Frage: Nach unserer Satzung wird den versicherungsfreien Familienmitgliedern der Versicherten freie ärztliche Behandlung gewährt. Freie Arznei ist nicht zugesichert. Einer der Kassenärzte ist nun der Ansicht, daß das zur Behandlung notwendige Verbandmaterial, das beispielsweise bei einem Armbruch notwendig ist, ebenfalls von der Kasse übernommen werden muß. Ist diese Ansicht richtig?

Antwort: Verbandzeug ist an sich selbstverständlich ein Heilmittel; aber wenn der Arzt es in herkömmlicher Art selbst beschafft und bei der Anlegung des Verbandes, also bei seiner Tätigkeit, die im wesentlichen in der sachgemäßen Anwendung dieses Heilmittels besteht, verwendet, so liegt der Fall ähnlich, wie z. B. beim Plombieren von Zähnen: das Verbandzeug tritt an Bedeutung, im Verhältnis zur persönlichen Leistung des Arztes, in solchem Maße zurück, daß dem Mittel eine selbständige Bedeutung nicht zukommt und die gesamte Verrichtung des Arztes, einschließlich der Verwendung des Verbandzeugs, als ärztliche Behandlung anzusehen, also im vorliegenden Falle den Familienangehörigen zu gewähren ist. Daß der Arzt Anspruch auf besondere Vergütung für das von ihm hergegebene Verbandzeug hat, ergibt sich aus Ziff. 41 der Gebührentaxe für Ärzte.

Krankenhauspflegesatz für den Tag der Aufnahme und der Entlassung.

4. Nach Neustadt, O.-S. Antwort: Eine bestimmte Gesetzesvorschrift darüber, ob die Krankenkasse dem Krankenhause den Pflegesatz für den Aufnahme- und für den Entlassungstag voll zu zahlen hat, besteht nicht. Es handelt sich um eine Frage der Auslegung des Tarifs des einzelnen Krankenhauses. Wenn der Tarif nicht ausdrücklich vorsieht, daß der Tag der Aufnahme und der Tag der Entlassung bei der Berechnung der Pflegekosten zusammen nur als ein Tag in Ansatz kommen, so wird man die Krankenhausverwaltung für befugt ansehen müssen, den für den Tag festgestellten Pflegesatz sowohl für den Aufnahme- wie für den Entlassungstag voll zu berechnen. Zu vgl. hinsichtlich ähnlicher Fälle die Entscheidungen in Arb.Vers. 1898 S. 389 und 1899 S. 56.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1891 von G. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. A. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1167 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. März 1917 | Heft 9

Versicherungspflicht in den Ruhestand versetzter Beamten.

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg, Gr.

Die Kriegsverhältnisse haben es mit sich gebracht, daß viele Beamte und Lehrer, die bereits in den Ruhestand getreten oder auf Wartegeld gesetzt waren, wieder eine Beschäftigung ausüben. Soweit sie wieder als Beamte eingetreten (reaktiviert) sind, stehen sie versicherungsrechtlich nicht anders da wie andere Beamte. In denjenigen Fällen dagegen, in denen diese Personen weiter Ruhegeld oder Wartegeld beziehen und daneben gegen Entgelt tätig sind, bestehen vielfach Zweifel über die Versicherungspflicht, die in nachstehenden Darlegungen klargestellt werden sollen.

I. Krankenversicherung.— Nach § 169 RVO. sind versicherungsfrei die in Betrieben oder im Dienst des Reichs, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein gleichwertiger Anspruch auf Krankenhilfe für 26 Wochen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist. Soweit frühere Beamte mit solchen Ansprüchen demnächst Beschäftigung in Privatbetrieben übernehmen, unterliegen sie auf Grund dieser Beschäftigung der Versicherungspflicht in gleicher Weise wie andere Personen. Das gilt auch, wenn sie im vaterländischen Hilfsdienst tätig sind. Wenn aber diese früheren Beamten von einer Behörde beschäftigt werden, kann unter Umständen wiederum Befreiung nach § 169 RVO. eintreten. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Beschäftigten in ihrer neuen Stellung Beamte sind oder eine beamtenähnliche Stellung bekleiden, vielmehr gilt § 169 RVO. auch sonst (RVA. 2206 Amtl. Nachr. 1916 S. 519, ArbVers. 1916 S. 586, Archiv 16 S. 128 Ziff. 2162). Dagegen tritt Befreiung nach § 169 RVO. nur dann ein, wenn dem Beschäftigten der gleichwertige Anspruch gegenüber dem jetzigen Arbeitgeber zusteht. Deshalb ist ein Lohnschreiber im Dienste eines Bundesstaates nicht deshalb versicherungsfrei, weil er wegen einer früheren Beschäftigung aus Reichsmitteln Ruhegeld im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes bezieht (RVA. 1944 Amtl. Nachr. 1914 S. 831, Archiv 15 S. 40 Ziff. 1564). Und ein weiteres Erfordernis für die Befreiung ist, daß der gleichwertige Anspruch gegenüber dem jetzigen Arbeitgeber sich aus dem derzeitigen Beschäftigungsverhältnis ergibt (RVA. 2195 Amtl. Nachr. 1916, ArbVers. 1916 S. 543, Archiv 16 S. 128 Ziff. 2161). Ein auf Wartegeld gesetzter Beamter, der von derselben Amtsstelle gegen Vergütung als Hilfsarbeiter beschäftigt wird, ist also nicht deshalb versicherungsfrei, weil er ein Wartegeld im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes bezieht; es muß viel-

Digitized by Google

mehr hinzukommen, daß ihm auf Grund des neuen Beschäftigungsverhältnisses ein weiterer Anspruch auf eine Fürsorge zusteht, die nach § 169 RVO. gleichwertig ist. Soweit das nicht der Fall ist, besteht Krankenversicherungspflicht, ohne Rücksicht darauf, ob der frühere Beamte sonst zu dem Personenkreise gehört, der der Krankenversicherungspflicht unterliegt.

Zu beachten ist, daß, wenn ein Beamter sich bei seiner neuen Beschäftigung in gehobener Stellung im Sinne des § 165 Nr. 2 RVO. befindet, Versicherungspflicht nur eintritt, wenn die neue Beschäftigung den Hauptberuf bildet. Das ist bei Beamten, die in den Ruhestand getreten oder auf Wartegeld gesetzt sind, vielfach nicht der Fall, nämlich dann nicht, wenn ihre Lebensstellung hauptsächlich auf der Stellung als früherer Beamte beruht (RVA. 2045 Amtl. Nachr. 1915 S. 578, ArbVers. 1915 S. 589, Arch. 15 S. 139 Ziff. 1771; vgl. auch ArbVers. 1916 S. 297, 470 Ziff. 1 und 1917 S. 109).

II. Invalidenversicherung. — Nach § 1237 RVO. wird auf seinen Antrag von der Invalidenversicherungspflicht befreit, wem vom Reiche, einem Bundesstaate, einem Gemeindeverbande, einer Gemeinde oder einem Versicherungsträger oder wem auf Grund früherer Beschäftigung als Lehrer oder Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse (116 ℳ jährlich) bewilligt sind und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenbezüge gewährleistet ist. Diese Voraussetzungen werden für die meisten Beamten, die in den Ruhestand getreten oder auf Wartegeld gesetzt sind, zutreffen. Sie können also auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden. Das gilt nicht nur dann, wenn die neue Beschäftigung bei einer Behörde stattfindet, sondern allgemein, also auch bei einer Tätigkeit in einem Privatbetriebe. Über den Antrag entscheidet das für den Wohnsitz des Antragstellers zuständige Versicherungsamt. Die Befreiung wirkt erst vom Eingang der Befreiung an; der Antrag hat also keine rückwirkende Kraft. Wird der Antrag verspätet gestellt, so müssen bis zum Eingang des Antrags Beiträge geleistet werden.

Die Stellung des Befreiungsantrags steht im freien Ermessen des Beschäftigten; der Arbeitgeber kann sie nicht verlangen. Ob es für den Beschäftigten zweckmäßig ist, den Antrag zu stellen, läßt sich nicht allgemein beantworten. Wer nur für die Dauer des Krieges gegen Entgelt tätig sein will, wird zweckmäßig einen solchen Antrag stellen, denn er kann die Wartezeit für die Invalidenrente nicht erfüllen, hat also von der Versicherung keinen Nutzen. Wer aber nach dem Kriege die Beschäftigung fortsetzen oder eine ähnliche übernehmen will, hat im allgemeinen keinen Anlaß, die Befreiung zu beantragen, denn er erwirbt durch die Versicherung Anspruch auf Invalidenrente und Hinterbliebenenfürsorge. Die Rente wird ihm neben seinem Ruhegeld oder Wartegeld ungekürzt gezahlt.

Ist ein Befreiungsantrag nicht gestellt, so besteht Invalidenversicherungspflicht ohne Rücksicht auf die soziale Stellung, die der Beamte oder Lehrer früher bekleidete. Es kommt nur darauf an, ob die Tätigkeit, die zurzeit ausgeübt wird, nach § 1226 RVO. der Invalidenversicherungspflicht unterliegt. Deshalb ist z. B. ein Gymnasialdirektor, der nach der Versetzung in den Ruhestand gegen eine Vergütung von 1800 ℳ jährlich während der Kriegszeit unterrichtet, invalidenversicherungspflichtig. Die im § 1226 Nr. 2 RVO. bezeichneten Personen sind nur versicherungspflichtig, wenn ihre Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet. Es gilt hier dasselbe, wie es eben für das Gebiet der Krankenversicherung dargelegt ist.

Zweifelhaft geworden ist, ob etwa Befreiung nach § 1234 RVO. eintritt. Bei der Anwendung des § 1234 kommt es nicht darauf an, ob der Beschäftigte Beamteneigenschaft

Digitized by Google

hat, auch ist es im Gegensatz zu § 169 nicht erforderlich, daß ihm der Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge gegen seinen jetzigen Arbeitgeber zusteht, denn die im § 169 enthaltenen Worte „gegen ihren Arbeitgeber" fehlen im § 1234. Dagegen muß im Anschluß an die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts zu § 169 RVO. (siehe oben) angenommen werden, daß die Befreiung nach § 1234 nur dann eintritt, wenn die Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge auf Grund des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses gewährleistet ist. Man würde sonst zu dem Ergebnis kommen, daß derselbe auf Wartegeld gesetzte Beamte bald versicherungspflichtig, bald versicherungsfrei wäre, je nachdem er in einem Privatbetriebe oder von einer Behörde beschäftigt wird. Hiernach ist ein auf Wartegeld gesetzter Beamter, der gegen Vergütung von einer Behörde beschäftigt wird, nicht nach § 1234 RVO. versicherungsfrei. Bei den bereits in den Ruhestand versetzten Beamten kann der erwähnte Zweifel überhaupt nicht auftauchen, denn diese beziehen bereits Ruhegeld, während der Fall des § 1234 RVO. nur dann vorliegt, wenn eine Anwartschaft auf Ruhegeld gewährleistet ist.

Für Beamte, die nach dem 5. Dezember 1916 eine Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst übernommen haben, tritt unter Umständen Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 14 der Bek. vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171, ArbVers. Heft 8 S. 177) ein. Die durch diese neueste Vorschrift geschaffene Rechtslage ist ähnlich (nicht vollkommen gleich) derjenigen, die auf Grund einer allgemeineren, nicht bloß auf den vaterländischen Hilfsdienst abgestellten Vorschrift bereits früher für die Angestelltenversicherung erlassen ist und im folgenden erörtert wird. Zu vgl. auch ArbVers. 1917 Heft 1 S. 17, 18, letzter Absatz.

III. Angestelltenversicherung. — Nach der Bekanntmachung vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097, ArbVers. 1916 Heft 30 S. 711) sind Personen, die vor dem gegenwärtigen Kriege eine an sich nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, hinsichtlich einer nur für die Dauer des Kriegszustandes angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte. Auf Grund dieser Bestimmung sind alle in den Ruhestand getretenen oder auf Wartegeld gesetzten Beamten und Lehrer, die erst nach Ausbruch des Krieges eine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben, versicherungsfrei, wenn sie es wollen, d. h. wenn sie die Erklärung abgeben, daß sie voraussichtlich nach Beendigung des Krieges eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht mehr ausüben werden. Einer Nachprüfung ist diese Erklärung nicht fähig. Andererseits sind sie auch, wenn sie es wollen, versicherungspflichtig, d. h. dann, wenn sie nicht die Absicht haben, nach Beendigung des Krieges eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht auszuüben. Die Befreiung von der Versicherungspflicht tritt ferner dann nicht ein, wenn der Beschäftigte binnen einem Monat nach Inkrafttreten der Verordnung oder bei späterem Beginn der Beschäftigung binnen einem Monat nach diesem Zeitpunkt seinen dahin gehenden Willen gegenüber dem Direktorium oder einem anderen Organ der Reichsversicherungsanstalt erklärt. Diese Frist ist eine Ausschlußfrist; nach ihrem Ablauf kann die Erklärung nicht mehr abgegeben werden. Nicht geregelt ist in der Verordnung der Fall, daß ein Beschäftigter, der zunächst die Absicht hatte, nach dem Kriege versicherungspflichtige Arbeiten nicht zu verrichten und deshalb die Versicherungsfreiheit eintreten ließ, später seine Absicht dahin ändert, daß er auch nach dem Kriege weiter arbeiten will. Durch diese Änderung in der Absicht des Beschäftigten fällt die Voraussetzung für die Befreiung von der Versicherungspflicht weg und es muß deshalb ohne weiteres Versicherungspflicht eintreten,

Digitized by Google

und wohl zwar m. E. von dem Zeitpunkt an, in welchem der Beschäftigte dem Arbeitgeber eine entsprechende Erklärung abgibt.

Treffen die Voraussetzungen der Bekanntmachung vom 30. September 1916 nicht zu, weil der in den Ruhestand getretene oder auf Wartegeld gesetzte Beamte schon vor Beginn des Krieges eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen hatte oder weil er die Absicht hat, auch nach Beendigung des Krieges gegen Entgelt tätig zu sein, so kann er event. nach § 11 Vers. Ges. f. Angest. auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden. Die Voraussetzungen für diese Befreiung werden bei derartigen Beamten wohl stets gegeben sein. Da die Wartezeit in der Angestelltenversicherung sehr lange ist, wird es in vielen Fällen auch zweckmäßig sein, einen solchen Antrag auf Befreiung zu stellen. Befreiung kraft Gesetzes auf Grund des § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte tritt aus denselben Gründen nicht ein, die oben für den Fall des § 1234 RVO. dargelegt sind.

IV. Unfallversicherung. — Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist die Tatsache, daß der Beschäftigte als früherer Beamter Ruhegeld oder Wartegeld bezieht, ohne Bedeutung. Ist er in seiner neuen Stellung wieder Beamter, so ist er versicherungsfrei, wenn für die neue Stellung die Voraussetzungen des § 554 RVO. erfüllt sind.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Beschäftigung einer Aufwärterin als vorübergehende Dienstleistung?

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Liegnitz vom 9. August 1916.

Die verehelichte Arbeiterin Marie A. war vom 6. September 1915 bis Ende Februar 1916 als Bedienungsfrau bei dem Anstaltshauptlehrer K. A. beschäftigt. Die Beschäftigung bestand in niederen häuslichen Dienstleistungen und fand in den ersten 3 Monaten an jedem Tage der Woche statt. Die Tagesarbeit schwankte zwischen $^3/_4$ Stunden bis 4 Stunden. Im Dezember war die Arbeit auf 3 Tage in der Woche und im Januar und Februar auf 4 Tage in der Woche beschränkt. Die Arbeitszeit war während dieser Monate teils die gleiche, teils war sie geringer. An Lohn erhielt die A. nach Aufzeichnungen des Arbeitgebers im September 8,10 ℳ, im Oktober 7,10 ℳ, im November 5,85 ℳ, im Dezember etwa 4 ℳ und ein Weihnachtsgeschenk im Werte von etwa 4 ℳ, in den beiden letzten Monaten etwa je 4 ℳ. Die eigenen Angaben der A. über den Lohn und die Arbeitszeit sind unsicher, da sie sich Aufzeichnungen darüber nicht gemacht und sie zur Arbeitszeit auch die Wege zur und von der Arbeitsstelle mitgerechnet hat, während der Arbeitgeber nur die reine Arbeitszeit notiert und bezahlt hat.

Außer bei dem Anstaltshauptlehrer war die Frau A. noch an 2 anderen Arbeitsstellen in geringerem Umfange mit niederen Hausarbeiten tätig, und zwar seit etwa 3 Jahren bei dem früheren Briefträger H. jede Woche etwa 2—2 $^1/_2$ Stunden gegen einen Lohn von etwa 1,50 ℳ monatlich, und bei dem Korrektor G. jede Woche 1 Stunde gegen ein Entgelt von 30 ₰ für diese Stunde. Sie gibt ferner an, daß sie, da ihr Ehemann seit 14. März 1915 zum Heeresdienst eingezogen ist, für sich und für ihr 6jähriges Kind zusammen monatlich 27 ℳ Kriegsunterstützung erhalte. Da diese Unterstützung zum Lebensunterhalt aber nicht ausreiche, sei sie gezwungen, unausgesetzt durch geeignete Lohnarbeit zu verdienen und sie nehme deshalb auch jede passende Arbeitsgelegenheit wahr. Den erzielten Lohn hätte sie bestimmt nicht entbehren können.

Nach Auskunft des zuständigen Kontrollbeamten der Landesversicherungsanstalt der Provinz Schlesien ist die Beschäftigung der A. bei Anstaltshauptlehrer K. A. unter Berücksichtigung der Gesamtverhältnisse als berufsmäßige Lohnarbeit und deshalb als invalidenversicherungspflichtig angesehen worden. Die auf diese Zeit entfallenden Beitragsmarken sind deshalb auf seine Veranlassung von dem bezeichneten Arbeitgeber nachentrichtet worden. Vor der hier in Frage kommenden Beschäftigung war Frau A. etwa 2 Monate als Aufwärterin bei dem Kaufmann B. mit einem Monatslohn von 10 ℳ zur Krankenkasse gemeldet und seit 1. April 1916, also nach jener Beschäftigung, bis zur Gegenwart ist sie mit gleichem Lohn bei dem Korrektor G. hier zu dieser Versicherung gemeldet.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Liegnitz beantragte die Entscheidung darüber, ob die A. während ihrer Beschäftigung bei Anstaltshauptlehrer K. A. krankenversicherungspflichtig gewesen sei. Der Arbeitgeber bestritt die Versicherungspflicht wegen der Geringfügigkeit der Beschäftigung und des Verdienstes und weil die A. wegen mangelnder Leistungen nicht in der Lage sei berufsmäßige Lohnarbeiten auszuführen.

Digitized by Google

Das Versicherungsamt hat die Versicherungspflicht bejaht aus folgenden Gründen:

Die Beschäftigung der Bedienungs- (Aufwarte-) Frauen unterliegt nach § 165 RVO. an sich zweifellos der Krankenversicherungspflicht. Ausnahmen für vorübergehende Dienstleistungen, zu denen, je nach Art und Umfang, auch die Beschäftigung der Bedienungsfrauen zu rechnen ist, sind aber unter gewissen Voraussetzungen zugelassen. Die auf Grund des § 168 a. a. O. erlassene Bundesratsverordnung vom 17. November 1913 (RGBl. 1913 S. 756) regelt diese Ausnahmen. Für den vorliegenden Streitfall kommt Ziffer 3 dieser Verordnung in Betracht. Danach würde die Beschäftigung der Frau A. dann versicherungsfrei bleiben, wenn sie sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichtete, ferner, wenn sie die Beschäftigung zwar in regelmäßiger Wiederkehr aber nur nebenher und gegen ein geringfügiges Entgelt ausführte. Diese Voraussetzungen treffen aber in ihren wesentlichen Punkten hier nicht zu. Frau A. ist seit der Einziehung ihres Ehemannes zum Kriegsdienst gezwungen, berufsmäßig zu arbeiten, d. h., sie ist unter dem Drucke ihrer ungünstigen wirtschaftlichen Lage gezwungen, ihren Lebensunterhalt teilweise aus dem eigenen Verdienste gelöhnter Arbeit zu bestreiten. Sie hat dies auch getan und tut es noch gegenwärtig. Auch als nebenher und gegen ein geringfügiges Entgelt kann man ihre Tätigkeit unter Berücksichtigung ihrer gesamten Lebenshaltung nicht ansehen. Ihre Gesamttätigkeit umfaßte immerhin einen nicht unwesentlichen Teil der normalen Arbeitszeit gewöhnlicher Arbeiterinnen. Bei nicht zu enger Auslegung kann man der A. auch darin beitreten, daß sie der Arbeitszeit die Gänge zu und von den betr. Arbeitsstellen mit hinzurechnet. Vor allem aber kann man den erzielten Lohn im Verhältnis zu ihrer sonstigen einzigen Einnahmequelle, der Kriegsunterstützung, als geringfügig nicht bezeichnen. Wenn dieser Verdienst auch schwankend war und zeitweise wesentlich hinter einem Drittel des hier ortsüblichen Tagelohnes weiblicher Arbeiter, der auf 1,40 ℳ festgesetzt ist, zurückblieb, so kann diesem Umstande für die Beurteilung der Gesamtlage keine ausschlaggebende Bedeutung beigelegt werden. Dieser Verdienst erreichte durchschnittlich etwa ein Drittel der sonstigen Einnahmen der Frau A.; ein solcher Bruchteil aber ist bei ihrer sonst ungünstigen Lebenshaltung doch unstreitig von wesentlicher Bedeutung. Unter diesen Umständen kann auch durch eine zeitweise Einschränkung der Tätigkeit, wie solche aus Zufallsgründen nicht selten entsteht, und wie sie während der 2. Hälfte des vorliegenden Beschäftigungsverhältnisses bestanden hat, der Gesamtcharakter der berufsmäßigen Lohnarbeit nicht verloren gehen.

Nach alledem finden die Ausnahmebestimmungen des Bundesrats vom 17. November 1913 auf die Beschäftigung der A. keine Anwendung und es war, wie geschehen, zu entscheiden.

Abtretung des Anspruchs auf Leistungen darf nur im Interesse des Versicherten genehmigt werden (§ 119 Abs. 2 RVO.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. November 1916 (I. K. 552/16).

Johanna S. in Berlin, die wegen einer ansteckenden Geschlechtskrankheit im Januar 1915 mehrere Wochen zwangsweise im städt. Obdach zu Berlin behandelt worden war, hatte im Januar 1916 auf Grund des § 119 Abs. 2 RVO. ihre Ansprüche an die Allgem. Ortskrankenkasse Berlin dem „Magistrat Berlin" abgetreten. Das städt. Versicherungsamt versagte hierzu die Genehmigung, weil die Abtretung nicht im Interesse der Unterstützten liege. Die Beschwerde der Berliner Armendirektion hat das Kgl. Oberversicherungsamt Groß-Berlin mit Entscheidung vom 3. Mai 1916 aus sachlichen Erwägungen zurückgewiesen. Gegen diese Entscheidung hat die Armendirektion weitere Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt.

Sachlich ist die Versagung der Genehmigung durch die Vorinstanzen gerechtfertigt. Wie schon die Wortfassung des § 119 Abs. 2 RVO. ergibt, erfolgt die Genehmigung zu der Rechtsübertragung nur „ausnahmsweise". Sie soll Gewähr dafür bieten, daß die Übertragung des Anspruchs ohne die Voraussetzungen der Nr. 1—4 des Abs. 1 a. a. O. im wohlverstandenen Interesse des Berechtigten erfolgt. Das wird im allgemeinen nur zutreffen, wenn durch die Übertragung dem Berechtigten Vorteile zugewendet werden, auf die er sonst keinen Anspruch hat, wie z. B. seine Unterbringung in einem Pflegeheim, Siechenhaus oder einer ähnlichen Anstalt (vgl. die Begr. zum Invalidenversicherungsgesetz S. 231). Davon kann nicht die Rede sein, wenn die Gewährung künftiger Leistungen nicht mehr in Frage kommt, sondern die Abtretung nur zur Befriedigung von Aufwendungen erfolgen soll, die zugunsten des Berechtigten in der Vergangenheit gemacht worden sind. Schon daraus ergibt sich, daß vorliegend die Genehmigung mit Recht versagt worden ist. Weiter ist zu beachten, daß die Ausheilung der Krankheit an der die S. litt, zwar auch in ihrem wohlverstandenen Interesse lag. Ihre Unterbringung im städt. Obdach war aber zunächst eine Gesundheits- und sicherheitspolizeiliche Maßregel. Zur Zeit der Abtretung des Anspruches sollte auch nicht ein neues Heilverfahren auf Kosten der Gemeinde oder des Armenverbandes durchgeführt werden, sondern die Behandlung der Erkrankten war bereits abgeschlossen. Die Übertragung der Ansprüche konnte nach der ganzen Sachlage nur dazu dienen, dem Armenverband einen Zugriff auf die Leistungen der Krankenkasse auch insoweit zu verschaffen, als er durch den Ersatzanspruch auf die ihm etwa gesetzlich zustehenden Beträge (§§ 1531, 1532 bis 1533 RVO.) nicht gedeckt war. Insofern wurde der Übergang der Ansprüche

Digitized by Google

auf die Gemeinde oder den Armenverband unter Umständen sogar eine Benachteiligung der Berechtigten zur Folge gehabt haben. Deshalb ist die Genehmigung zu der Abtretung von den Vorinstanzen mit Recht versagt worden (vgl. auch Düttmann, Komm. zur RVO., Bd. I Anm. 18 zu § 119 Abs. 2 RVO.). Im übrigen kann dahingestellt bleiben, ob für die ausnahmsweise Erteilung der Genehmigung nach § 119 Abs. 2 RVO. dann Raum ist, wenn Gemeinden oder Armenverbände zur umfassenderen und erfolgreicheren Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, wie sie auch Krankenkassen und Versicherungsanstalten auf den von ihnen beschrittenen neuen Wegen anstreben, derartig Erkrankten, über das gesundheitspolizeiliche Interesse hinausgreifend, eine das bisher im allgemeinen übliche Maß überschreitende, noch weitergehende Fürsorge, wie vorliegend, zuteil werden lassen.

B. Zur Krankenversicherung.

Beschleunigung der Kriegswochenhilfe.

Erlaß des **preuß. Ministers des Innern** vom 11. November 1916. (HMBl. 1917 S. 19.)

Noch immer werden Klagen über die Verzögerung der Erledigung von Anträgen auf Gewährung der Wochenhilfe laut. Zu ihrer Beseitigung ist es dringend erforderlich, daß die Bearbeitung dieser Anträge auf jede nur mögliche Art und Weise beschleunigt wird. Insbesondere muß der anscheinend mehrfach verbreiteten Ansicht entgegengetreten werden, daß es genüge, wenn die Zahlung der Wochenhilfe nach Ablauf der 12. Woche seit der Niederkunft erfolgt, weil sich dann auch die Höhe des Stillgeldes mit berechnen lasse. Diese Ansicht steht im Widerspruch zu der Fassung des mit dem Runderlaß vom 11. Februar 1916 (M. d. J. I. c. 899/15; F. M. I. 1040) übersandten Musters zur „Ausgabeanweisung über Wochenhilfe", nach der die einmaligen und die bei der Anweisung bereits fälligen laufenden Zuwendungen sofort, die laufenden Zuwendungen im übrigen mit Ablauf jeder Woche zur Zahlung gelangen sollen, was übrigens schon aus Zweck und Sinn des Wochengeldes ohne weiteres erhellt. Ich vertraue darauf, daß durch die Tatkraft der Lieferungsverbände der beabsichtigte Zweck, den betreffenden Wöchnerinnen die Wochenhilfe in möglichst kurzer Frist nach der Entbindung zu gewähren, voll und ganz erreicht werden wird. Der Erreichung dieses Zweckes würde es förderlich sein, wenn in geeigneter Weise auch auf die rechtzeitige Stellung der Anträge und auf die vollständige Beibringung der zu fordernden Unterlagen hingewirkt werden würde.

Kassenzugehörigkeit der Beschäftigten einer mit einem Bergwerk verbundenen Konsumanstalt.

Entscheidungen a) des Kais. **Bergamts in Saargemünd** vom 23. Oktober 1916, b) des **Ministeriums für Elsaß-Lothringen** vom 22. Januar 1917.

a) Der Werkskonsum der Bergwerksgesellschaft ist, wie der Name sagt, in erster Linie zum Besten der Werksangehörigen (Beamten und Arbeiter) errichtet. Im Interesse der übrigen, gleichfalls von der Grube wirtschaftlich stark abhängigen Bevölkerung der betr. Ortschaften ist auch dieser gestattet, von dem Werkskonsum Waren zu beziehen. Trotzdem bleibt der Konsum im wesentlichen eine Wohlfahrtseinrichtung, also ein Nebenbetrieb der Grube. Es bestehen daher keine Bedenken, ihn als eine mit dem Bergwerke verbundene „Gewerbeanlage" im Sinne des § 144 des Berggesetzes anzusehen, zumal der Begriff „Gewerbsanlage" im Gesetz nicht näher umschrieben oder eingeschränkt worden ist. Die Angestellten des Werkskonsums haben daher der Krankenkasse des Karlinger Knappschaftsvereins gemäß § 2 der Satzung dieses Vereins anzugehören.

b) Die von der Ortskrankenkasse des Kreises F. gegen den Bescheid des Bergmeisters zu Saargemünd vom 23. Oktober v. Js. gerichtete Beschwerde kann diesseits nicht als gerechtfertigt angesehen werden. Es ist nicht zu verkennen, daß der Wortlaut des § 144 des elsaß-lothringischen Berggesetzes nicht mit Bestimmtheit die Zugehörigkeit der mit Bergwerken verbundenen Werkskonsume zu den in diesem Paragraphen bezeichneten Gewerbsanlagen erkennen läßt und daß bei Erlaß des § 144 des Berggesetzes auch wohl kaum an die damals noch bedeutungslosen Werkskonsume gedacht worden war.

Nichtsdestoweniger werden diese Einrichtungen jedenfalls zu den „Gewerbeanlagen" im weiteren Sinne des § 144 des Berggesetzes zu rechnen sein, da unter die „Gewerbsanlagen" doch wohl alle Anlagen und Nebenbetriebe gerechnet werden müssen, die in unmittelbarer, besonderer räumlicher Beziehung zu dem Bergwerk stehen, durch dessen Betrieb hervorgerufen und bedingt sind. In solch organischem Zusammenhang mit dem Bergwerksbetriebe stehen zweifellos die hier in Frage kommenden Konsumanstalten, auch wenn dieselben zufällig auch von anderen Personen als Arbeitern und Beamten der Bergwerke mitbenutzt werden. Überdies sind diese Werkskonsume keine selbständigen juristischen Persönlichkeiten im Sinne des Handelsrechts. Daß dieselben in der Hauptsache Wohlfahrtszwecke verfolgen, macht sie noch nicht zu Nebenbetrieben lediglich der

Digitized by Google

Bergwerkseigentümer, wie es in der Beschwerdeschrift vom 16. November v. Js. heißt. Vielmehr stehen sie auch in dieser Eigenschaft im engsten Zusammenhang mit dem Bergwerksbetriebe selbst.

Die Beschwerde der Ortskrankenkasse vom 16. November v. Js. gegen den Bescheid des Bergmeisters wird hiernach unter Hinweis auf die vorstehende Ausführung als unbegründet zurückgewiesen.

Anmerkung: Die Entscheidungen sind entgegen unserer Auskunft im Jahrg. 1916 S. 359 Ziff. 4 ergangen. Wir halten sie aus den dort angegebenen Gründen für unvereinbar mit den angeführten Vorschriften des Berggesetzes für Elsaß-Lothringen. Ganz gleichgültig ist die Bezeichnung der Anstalt als „Werkskonsum", ebenso die starke wirtschaftliche Abhängigkeit der dort kaufenden, nicht in dem Werke selbst oder in den damit verbundenen Gewerbsanlagen beschäftigten Bevölkerung, endlich auch der Umstand, daß der „Werkskonsum" keine selbständige Rechtspersönlichkeit ist. Daß nach den Gründen der ministeriellen Entscheidung die dem Betriebe nicht angehörige Bevölkerung nur „zufällig" die Verkaufsanstalt mitbenutzt, ist neu und völlig unklar. Wenn es bedeuten sollte, daß diese Benutzung unerlaubt sei, so wäre das wohl ausgesprochen worden. Wird sie aber, wie das Bergamt in seiner Entscheidung annimmt, von der Werksleitung gestattet, so greift eben damit die Veranstaltung weit über den Bergwerksbetrieb hinaus und ist eine zwar von der Leitung dieses Betriebes errichtete, aber mit dem Bergwerksbetriebe nur in ganz entferntem Zusammenhange stehende Anlage, ein jedem offen stehender Verkaufsladen, wie andere auch.

Nach § 225 Abs. 2 RVO. können die Mitglieder der nach landesgesetzlichen Vorschriften errichteten knappschaftlichen Krankenkassen den reichsrechtlichen Krankenkassen nicht angehören. Danach hat, solange wir ein einheitliches Reichsberggesetz nicht haben, die bundesstaatliche Gesetzgebung es in der Hand, durch weitgehende Bestimmungen über die Zugehörigkeit von Nebenanlagen zu den Knappschaftsvereinen Personen in den knappschaftlichen Krankenkassenzwang einzubeziehen und folglich den reichsrechtlichen Zwangskassen zu entziehen, die mit dem Bergwerksbetriebe nicht das mindeste zu schaffen haben. Das ist ein Mißstand, den die Rechtsprechung oder Verwaltung nicht noch durch gar zu „weitherzige" ausdehnende Auslegung der landesrechtlichen Vorschriften verschärfen sollte.

Schwangerschaft kein Grund zur Zurückweisung des Beitritts nach § 310 Abs. 3 RVO.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Zwickau** vom 20. Juli 1916.

Eine im Juli 1915 der Krankenkasse freiwillig beigetretene Versicherte wurde am 6. März 1916 entbunden. Ihr Anspruch auf Wochenhilfe wurde abgewiesen, da sie annehmbar schon zur Zeit der Anmeldung bei der Kasse schwanger gewesen sei, was sie dem Arzte und der Kasse verschwiegen habe. Das Versicherungsamt F. verurteilte die Kasse zur Zahlung; die eingelegte Berufung wurde zurückgewiesen. — Gründe:

Der Ansicht, daß Schwangerschaft als Folge einer normalen körperlichen Entwicklung nicht als Erkrankung im Sinne von § 310 Abs. 2 RVO. anzusehen ist, ist beizutreten gewesen. Die Kasse ist daher nicht berechtigt, den Anspruch der W. abzuweisen. Diese hat von ihrem Rechte, der Kasse freiwillig beizutreten, Gebrauch gemacht. Die Voraussetzungen haben hierzu vorgelegen. Ob sie dem Arzte, der sie vor der Aufnahme untersucht hat und der Kasse ihre Schwangerschaft verheimlicht hat oder nicht, brauchte nicht ermittelt zu werden. Denn dies ist unerheblich, da hierdurch das Beitrittsrecht nicht beeinträchtigt worden wäre.

Die Spruchkammer hielt es nicht für erforderlich, eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts nach § 1693 RVO. herbeizuführen, da sich aus der Rechtsprechung, die auf Grund des alten Rechts erfolgt ist, ergibt, wie § 310 Abs. 2 RVO., der dem § 19 Abs. 3 KVG. entspricht, auszulegen ist (zu vgl. ArbVers. 1897 S. 524 und Hahn, Kommentar zum KVG., Note 2 zu § 19).

Ein krankes Hilfskassenmitglied, welches der Befreiung aus § 75 KVG. entsagt, hat keinen Anspruch gegen die Pflichtkasse.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) v. 19. Juni 1916.

Dem Ersatzanspruch der Klägerin steht die rechtskräftige Entscheidung des Magistrats B. vom 13. Dezember 1913, durch welche der Krankengeldanspruch des P. abgewiesen worden ist, nicht entgegen. Der Ersatzanspruch, der nach dem 1. Januar 1914 erhoben ist, ist nach neuem Recht, und zwar nach § 1518 Abs. 2 RVO. zu beurteilen. Dort ist vorgeschrieben, daß die Krankenkasse der Versicherungsanstalt Ersatz zu leisten hat, soweit der Kranke von der Kasse nach Gesetz oder Satzung Krankengeld zu beanspruchen hätte. Der Ersatzanspruch ist also unabhängig von dem Anspruch des Versicherten. Dieser hat gegen die Krankenkasse Ansprüche überhaupt nicht, wenn und solange ihm die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren gewährt. Da hiernach der Ersatzanspruch nicht in Ansprüche eingreift, die der Versicherte gegen die Krankenkasse hat, ist im Verfahren über den Ersatzanspruch der Versicherte auch nicht als Beteiligter anzusehen (zu vergl. Revisionsentsch. 1883, Amtl. Nachr. 1914, S. 648). Die Klage ist aber aus anderen Erwägungen unbegründet.

Ein Ersatzanspruch nach § 1518 Abs. 2 a. a. O. besteht nur insoweit, als der Versicherte selbst Krankengeld zu beanspruchen hätte. Ob das der Fall ist, muß vorliegend, da das Heilverfahren noch vor Abschluß des Jahres 1913 durchgeführt worden ist, nach dem Recht des Krankenversicherungsgesetzes geprüft werden. Nach § 75 KVG. sind Mitglieder der auf Grund des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen errichteten Kassen — zu denen der Krankenunterstützungsbund . . . gehört — von der Verpflichtung, der Gemeindekrankenversicherung

Digitized by Google

oder einer nach Maßgabe des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, befreit, wenn die Hilfskasse gewissen Anforderungen — die hier zweifellos erfüllt sind — genügt. Diese Befreiung hat nur die Bedeutung, daß das Mitglied der Hilfskasse der Zwangskasse nicht anzugehören braucht, nicht etwa auch, daß es ihr nicht angehören darf. Es ist also jederzeit berechtigt, der Zwangskasse, der es auf Grund seiner Beschäftigung an sich, d. h. ohne die Befreiung, anzugehören hätte, beizutreten. Dieser Beitritt erfolgt aber, da es sich um eine versicherungspflichtige Person handelt, die auf das ihr durch § 75 a. a. O. gegebene Vorrecht der Befreiung von der Zwangskassenzugehörigkeit verzichtet hat, als Zwangsmitglied. Deshalb können auf einen solchen Beitritt nicht die Vorschriften des Gesetzes über den freiwilligen Beitritt Nichtversicherungspflichtiger, insbesondere nicht die §§ 4 Abs. 3, 19 Abs. 3, 63, Abs. 2 a. a. O. angewendet werden (so auch die herrschende Meinung in Literatur und Rechtsprechung, insbesondere Hahn, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 1 i zu § 75, Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 5 zu § 4, Anm. 5 zu § 75, von Woedtke, Krankenversicherungsgesetz Anm. 5a zu § 4, Anm. 2 zu § 75, Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 19. Februar 1906, Band 49 Seite 327). Wenn aber das Preußische Oberverwaltungsgericht in dieser Entscheidung aus der Nichtanwendbarkeit des § 4 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes, wonach der Beitritt der Berechtigten im Falle einer bereits zur Zeit der Beitrittserklärung eingetretenen Erkrankung keinen Anspruch auf Unterstützung gewährt, folgert, daß in Fällen der vorliegenden Art ein Unterstützungsanspruch gegen die Zwangskasse auch dann bestehe, wenn der Unterstützungsfall schon vor dem Beitritt eingetreten ist, so konnte sich der erkennende Senat dem nicht anschließen. Das Oberverwaltungsgericht will einen Unterstützungsanspruch nur dann ausschließen, wenn der Versicherte zur Zeit des Beitritts derartig erkrankt ist, daß er ernstliche Arbeit überhaupt nicht mehr leisten kann. Die Befreiung des § 75 RVO. hat aber die Wirkung, daß der Versicherte und sein Arbeitgeber nicht nur keine Pflichten gegen die Zwangskasse haben, sondern daß dem Versicherten aus den während der Dauer der Befreiung eintretenden Versicherungsfällen auch keine Rechte gegen die Zwangskasse erwachsen können. Dessen bedarf es auch nicht, weil der Versicherte durch seine Zugehörigkeit zur Hilfskasse ausreichend geschützt ist, die ihm ja infolge ihrer Zulassung nach §§ 75, 75a im Krankheitsfalle mindestens die im Gesetz vorgesehenen Leistungen gewähren muß. Eine andere Beurteilung wäre zudem geeignet, eine unerträgliche Ausnutzung der Zwangskassen herbeizuführen. Die Hilfskassenmitglieder hätten es dann in der Hand, nachdem sie zunächst Befreiung von der Mitgliedschaft bei der Zwangskasse genossen haben, nach dem Eintritt einer Krankheit durch ihren Beitritt zur Zwangskasse sich eine Doppelunterstützung zu verschaffen, noch dazu, solange sie arbeitsunfähig sind, ohne Beiträge zur Zwangskasse zahlen zu müssen. Eine solche mißbräuchliche Ausnutzung, die gegebenenfalls, wenn dies in den Kreisen der Versicherten hinreichend bekannt würde, zu einer schweren finanziellen Schädigung der Zwangskassen führen würde, kann nicht im Sinne des deß Gesetzes liegen. Wenn in der erwähnten Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts eingewendet wird, daß Gleiches auch dann gelte, wenn ein Arbeitnehmer in bereits erkranktem Zustande aus einer nicht versicherungspflichtigen Beschäftigung in eine versicherungspflichtige übergehe, so liegt dieser Fall wesentlich anders als der hier zu entscheidende. Der Übergang von einer Beschäftigung in die andere wird kaum nur zu dem Zwecke vorgenommen werden, um Versicherungsleistungen zu erhalten. Hingegen wäre es einem Hilfskassenmitglied ein leichtes, durch den Beitritt zur Zwangskasse sich auch deren Leistungen zu sichern und, nachdem die Krankheit behoben ist, baldtunlichst der Zwangskasse wieder den Rücken zu wenden. Das Gesetz weist hier eine Lücke auf, die durch entsprechende Anwendung der für den Beitritt Berechtigter geltenden Vorschrift in § 4 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes ausgefüllt werden muß. Die Erwägungen, die zu jener Vorschrift geführt haben, treffen auch auf Fälle der vorliegenden Art ohne weiteres zu (zu vergl. auch Hahn in Arbeiter-Versorgung 1893, S. 73 flg. unter 1 d, ferner Arbeiter-Versorgung 1909 S. 692 Ziffer 18). Wie die Frage unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung zu entscheiden ist, kann hierbei dahingestellt bleiben (zu vergl. hierzu Hahn, Handb. der Krankenvers. 8. und 9. Aufl., Anm. 2 zu § 519 RVO., Kleeis in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1915 Sp. 375, Entsch. des Versicherungsamts Frankfurt a. M., vom 5. Januar 1915 in „Ortskrankenkasse" 1915, Sp. 889).

Da hiernach P., der zur Zeit seines Beitritts zur Zwangskasse unbestrittenermaßen bereits behandlungsbedürftig krank war, gegen diese wegen der bestehenden Krankheit keinen Anspruch auf Krankengeld gehabt hätte, ist auch der Ersatzanspruch der Klägerin hinfällig.

Fortzahlung der Beiträge durch den Arbeitgeber zur Weiterversicherung des aus der Beschäftigung Ausgeschiedenen?

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Arnsberg** vom 30. Januar 1917.

Unbestritten steht fest, daß der Packermeister K. bis zum 10. April 1915 bei der Firma B. versicherungspflichtig beschäftigt und vom 10. April 1915 bis 23. Mai 1915 arbeitsunfähig krank gewesen ist. Nach dem 23. Mai 1915 hat K. eine versicherungspflichtige Beschäftigung überhaupt nicht mehr verrichtet. Trotzdem hat die Firma B. ihn nicht abgemeldet. Sie hat vielmehr noch weitere Beiträge für ihn entrichtet und behauptet nun, daß sie mit dieser Beitragszahlung bezweckt habe, den K. gemäß § 313 RVO. weiter zu versichern. Daß sie als Arbeitgeberin des K. an sich dazu berechtigt war, kann mit Rücksicht

Digitized by Google

auf die neueste Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes nicht in Abrede gestellt werden.

Nach § 313 a. a. O. muß aber dies Recht binnen einer Ausschlußfrist von drei Wochen nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeübt werden, es muß also innerhalb dieser Frist eine entsprechende Anzeige erstattet oder es müssen die satzungsmäßigen Beiträge voll gezahlt werden. Beides ist im vorliegenden Falle nicht geschehen. Eine Anzeige der angeblich beabsichtigten Weiterversicherung ist der Kasse überhaupt nicht zugegangen und die weitere Beitragszahlung, welche angeblich zum Zwecke der Weiterversicherung erfolgt ist, hat erst am 21. Juni 1915, also nach Ablauf der spätestens am 14. Juni 1915 endigenden dreiwöchigen Ausschlußfrist begonnen. Hiernach sind die gesetzlichen Voraussetzungen für die Weiterversicherung nicht erfüllt und ist es rechtlich unerheblich, aus welchen Gründen die erforderliche Anzeige unterblieben bezw. die Beitragszahlung erst verspätet erfolgt ist.

Bei dieser Sachlage erscheint die Annahme der Krankenkasse, daß die weitere Beitragszahlung lediglich auf Grund des § 397 RVO. stattgefunden hat, durchaus berechtigt.

C. Zur Unfallversicherung.

Rechtskraftwirkung einer Einweisung ins Krankenhaus zwecks Operation für das Verfahren wegen Rentenentziehung nach § 606 RVO.).

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 25. Oktober 1916 (Ia 2928/15).

Bei den in der letzten Zeit häufiger vorgekommenen Fällen von Operationsverweigerung durch Unfallverletzte der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, war gewöhnlich der Verletzte durch Bescheid und Endbescheid angewiesen worden, zwecks Vornahme der ärztlicherseits empfohlenen Operation ein Krankenhaus aufzusuchen. Die dagegen erhobenen Berufungen hatte das Oberversicherungsamt zurückgewiesen. Da diese, Maßnahmen des Heilverfahrens betreffenden Entscheidungen durch Rekurs nicht angefochten werden können, stand als rechtskräftig fest, daß der Verletzte sich zwecks Vornahme der beabsichtigten Operation ins Krankenhaus zu begeben hatte. Verweigerte er trotzdem den Eintritt ins Krankenhaus und die Operation, so machte nunmehr die Berufsgenossenschaft von dem Zwangsmittel Gebrauch, ihm die Rente auf Zeit gemäß § 606 RVO. durch einen neuen Bescheid zu versagen, wobei natürlich die dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen zu beachten waren. Als letztes Rechtsmittel gegen solche Rentenversagungsbescheide stand den Verletzten der Rekurs zu. Es war dabei aber immer zweifelhaft, ob durch den rechtskräftig gewordenen Einweisungsbescheid auch rechtskräftig festgestellt war, daß der Verletzte sich der Operation zu unterziehen habe, und ob diese Frage in dem Rekursverfahren gegen die ausgesprochene Rentenversagung trotz der Rechtskraft der vorhergegangenen Entscheidung des Oberversicherungsamtes über die Einweisung in Heilbehandlung vom Rekursgericht nachgeprüft werden könne. Diese Zweifel sind nun durch folgende Entscheidung des Reichsversicherungsamts beseitigt:

Es fragt sich zunächst, ob im vorliegenden Verfahren nach § 606 RVO. die Verpflichtung des Klägers zur Duldung einer Operation noch nachgeprüft werden kann. Würde man dies vereneinen, so hätte das Reichsversicherungsamt in dem Verfahren nach § 606 regelmäßig nur darüber zu befinden, ob nach dem Erlasse des Oberversicherungsamtsurteils in dem auf der Grundlage des § 603 eingeleiteten Verfahren über die Heilbehandlung des Verletzten ein gesetzlicher oder sonst triftiger Grund zur Verweigerung der Operation erwachsen ist, und weiter, ob durch die ungerechtfertigte Verweigerung seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt wird. Die Prüfung der Frage, ob die Beklagte und das Oberversicherungsamt in dem nach § 603 eingeleiteten Verfahren zu Recht die Operation für zulässig und nötigenfalls für erzwingbar gehalten haben, wäre mit Rücksicht auf die Vorschrift des § 1700 Nr. 1 RVO. dem Rekursgericht entzogen. Da in der Mehrzahl der Fälle ein erst nachträglich entstandener Grund zur Operationsverweigerung nicht geltend gemacht werde, die Entscheidung dieser Frage übrigens regelmäßig keine besonderen Schwierigkeiten bieten wird, so wäre die dem Reichsversicherungsamt zustehende Prüfungsbefugnis in den Fällen des § 606 RVO. nur von ganz untergeordneter Bedeutung. Die höchste Instanz wäre auf den Erlaß einer Entscheidung beschränkt, deren wesentlichste Unterlage eine seiner eigenen Nachprüfung entzogene Entscheidung der ihm untergeordneten Instanz bilden würde. Ob ein Verletzter zur Duldung einer Operation im Einzelfalle verpflichtet ist oder nicht, ist zwar eine von den Umständen des Falles abhängige Tatfrage, aber häufig sehr schwierig zu entscheiden und regelmäßig für die Beteiligten von der größten Bedeutung. Gerade in dieser Streitfrage, die rechtlich und wirtschaftlich von großer Tragweite ist, wäre das Oberversicherungsamt jedoch letztentscheidende Instanz geworden. Dieses kann nicht im Willen des Gesetzgebers gelegen haben. Die sämtlichen Einzelvorschriften des § 1700 lassen unzweifelhaft erkennen, daß die Beschränkung des Rechtsmittelzugs und damit der Nachprüfung durch das Rekursgericht lediglich in Streitfragen von mehr oder weniger untergeordneter Bedeutung erfolgen soll (vergl. auch Rekursentsch. 2789, Amtl. Nachr. 1915 S. 404). Schon diese Erwägung zwingt zu der Annahme, daß durch den Ausschluß des Rekurses für die Fälle der Krankenbehandlung dem Reichsversiche-

Digitized by Google

rungsamt für das nach § 606 eingeleitete Rentenverfagungsverfahren die Nachprüfung der Frage nicht hat entzogen werden sollen, ob ein Verletzter an sich zur Duldung der von der Berufsgenossenschaft angeordneten Operation verpflichtet ist. Diese Auffassung findet aber auch in der Vorschrift des § 606 selbst eine Stütze, daß der Verletzte eine Anordnung, die das Heilverfahren betrifft, dann nicht zu befolgen braucht, wenn er einen gesetzlichen oder sonst triftigen Grund zur Weigerung geltend machen kann; ob dies zutrifft oder nicht, hat das Rekursgericht zu entscheiden. Als ein solcher Grund ist schon unter der Herrschaft des Gewerbe-Unf.-Verf.-Ges. die Einweisung in eine Heilanstalt zum Zwecke von Maßnahmen angesehen worden, zu deren Duldung der Verletzte an sich nicht verpflichtet ist (Handb. der Unfallverf. I S. 314 Anm. 6 zu § 23 Abs. 2 Gewerbe-Unf.-Verf.-Ges.). Nach altem Rechte wäre der Kläger nicht verpflichtet gewesen, die von der Beklagten angeordnete Operation an sich vornehmen zu lassen (vergleiche Handb. der Unfallverf. I S. 313 Anm. 4 zu § 23 Abs. 2 Gewerbe-Unf.-Verf.-Ges.). Denn das Reichsversicherungsamt hat in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß die Unfallverletzten zwar zur Duldung solcher Heilmaßnahmen und solcher Eingriffe verpflichtet seien, die eine ordnungsmäßige Wundbehandlung erst ermöglichen, nicht dagegen zur Duldung von Operationen, die — mögen sie zum eigentlichen Heilverfahren gehören oder zur Erhöhung der Erwerbsfähigkeit bestimmt sein — in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen oder nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden können. In den Vorentscheidungen ist ausgeführt worden, daß einem Verletzten die Freiheit, über Leben und Gesundheit zu verfügen, auf jeden Fall gewahrt bleiben müsse. Als Operation in diesem Sinne wurden insbesondere alle Eingriffe angesehen, die nicht ohne Chloroformierung und damit nicht ohne Lebensgefahr erfolgen können. Ausschlaggebend war dabei die Erwägung, daß es für einen gewissenhaften Sachverständigen nicht möglich sei, eine solche Operation für völlig gefahrlos zu erklären.

In dem vorliegenden Falle hat das Reichsversicherungsamt einen hinreichenden Nachweis dafür, daß die Ausmeißelung der auf den Knochen führenden Fistel ohne Allgemeinnarkose erfolgen kann und nach ärztlichen Regeln auch allgemein vorgenommen zu werden pflegt, nicht als erbracht angesehen. Denn selbst die ärztlichen Sachverständigen haben diese Frage für den vorliegenden Fall wenigstens anfänglich verneint. Da jedenfalls nicht einwandfrei feststeht, daß eine Chloroformierung des Klägers nicht erforderlich ist, wäre er nach dem Gewerbe-Unf.-Verf.-Ges. nicht verpflichtet gewesen, sich der ihm zugemuteten Operation zu unterziehen. An dem früheren Rechtszustande hat durch die Reichsversicherungsordnung nichts geändert werden sollen, wie sich aus den Kommissionsverhandlungen einwandfrei ergibt (vgl. den Bericht der 16. Komm. über den Entw. einer Reichsversicherungsordnung III S. 81 f.). Der Antrag eines Abgeordneten, dem Verletzten die Verpflichtung zur Duldung auch tiefgreifender Eingriffe aufzuerlegen, sofern sie nur nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung mit Lebensgefahr nicht verbunden sind, ist unter ausdrücklicher Billigung der Praxis des Reichsversicherungsamts und mit der Begründung abgelehnt worden, daß die bisherige Rechtsprechung einen billigen Ausgleich zwischen den Interessen der Berufsgenossenschaften und der Verletzten schaffe, indem bei derartigen nachträglichen Eingriffen nach Abschluß des eigentlichen Heilverfahrens die Weigerung des Verletzten als berechtigt anerkannt worden sei. Der Kläger ist daher auch nach der Reichsversicherungsordnung zur Duldung der von der Beklagten angeordneten Operation nicht verpflichtet. Diese Rechtsprechung steht übrigens jedenfalls in vorliegender Sache mit der des Reichsgerichts über die Duldungspflicht von Operationen nicht in Widerspruch. Denn auch das Reichsgericht hat in der Entsch. des 3. Zivilsenats vom 27. Juni 1913 (Entsch. in Zivils. 83 S. 15 ff.) entschieden, daß alle Operationen, die im Gegensatze zu der bloßen örtlichen Unempfindlichmachung eine Chloroformnarkose erfordern, einem Verletzten nicht zugemutet werden können, weil bei ihnen ein tödlicher Ausgang nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen sei; das Reichsgericht hat sogar ausdrücklich darauf hingewiesen, daß dies auch der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts entspreche. Diese Berechtigung, eigentliche Operationen abzulehnen, bildet, wie das Reichsversicherungsamt in einer Rekursentsch. vom 15. Juni 1916 — Ia 88/16 — ausgesprochen hat, ein unantastbares persönliches Recht. Es kann daher dem Verletzten auch im Wege richterlicher Entscheidung nicht geschmälert werden. Der Verletzte muß es der Berufsgenossenschaft gegenüber sogar dann noch geltend machen können, wenn das Oberversicherungsamt im Verfahren nach § 603 als letztinstanzliches Gericht die Verpflichtung des Verletzten zur Duldung einer Operation zu Unrecht anerkannt hat. Ungeachtet der formellen Rechtskraft der Entscheidung des Oberversicherungsamts kann daher auch in solchen Fällen der Verletzte das ihm gesetzlich gewährleistete Recht, die Operation zu verweigern, noch bis zu ihrer tatsächlichen Vornahme, also auch noch in dem Verfahren nach § 606 der RVO. in der Rekursinstanz geltend machen. Die Entscheidung des Oberversicherungsamts nach § 603 übt eine materiell rechtliche Wirkung nur insoweit aus, als durch sie die Verpflichtung des Klägers, dem Einweisungsbefehle der Beklagten nachzukommen, endgültig festgelegt wird. Die Nichtbefolgung lediglich dieser Anordnung hat aber jedenfalls auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers keinen ungünstigen Einfluß ausgeübt, da diese ein

Digitized by Google

Krankenhausaufenthalt ohne Vornahme der Fistelausmeißelung bestimmt nicht gehoben haben würde. Die Voraussetzungen des § 606 sind daher hier nicht erfüllt, die teilweise Versagung der Rente auf Zeit mithin nicht gerechtfertigt.

Eine Verweisung der Sache an den Großen Senat gemäß § 1717 RVO. im Hinblick auf die Rekursentsch. vom 3. Mai 1916 in Sachen H. gegen Knappschafts-Berufsgenossenschaft — Ia 6274/14ºB — erschien nicht erforderlich, da es in diesem Urteil dahingestellt gelassen ist, ob das Recht eines Verletzten, eine Operation zu verweigern, durch die Rechtskraft einer auf Grund des § 603 ergangenen Entscheidung beseitigt werden kann. Eine Abweichung von diesem Urteil in einer grundsätzlichen Rechtsfrage kommt demnach hier nicht in Betracht.

Arbeitersekretäre als Vertreter im erweiterten Einspruchsverfahren.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts München** vom 31. März 1916.

Die Anschauung des Versicherungsamts über Zulassung von Vertretern vermag das Oberversicherungsamt als zutreffend nicht anzusehen. Die rechtzeitige Erhebung des Einspruchs begründet das Recht auf Gehör des Berechtigten; der Berechtigte soll nach Absicht des Gesetzgebers persönlich vor dem Versicherungsamt erscheinen und seine Wünsche und Ansichten in einer mündlichen Aussprache vorzutragen in der Lage sein. Eine Vertretung des Berechtigten ist jedoch nicht unbedingt ausgeschlossen. Dies hat ein Vertreter der verbündeten Regierungen für solche Ausnahmen zugestanden, in denen, wie im vorliegenden Falle, dem Versicherten ein persönliches Erscheinen unmöglich ist. Ein Antrag, der eine Vertretung für unzulässig erklären und dem Berechtigten die schriftliche Einreichung seiner Anträge vorbehalten wollte, wurde zurückgezogen (vgl. Kommissionsber. des Reichstags zur RVO. Teil VI S. 117—119). Wenn daher der § 1604 Abs 2 RVO. für das erweiterte Einspruchsverfahren nur die Zuziehung eines Beistandes ausdrücklich gestattet, so darf hieraus nicht gefolgert werden, daß eine Vertretung nicht zuzulassen sei, und wenn weiter in diesem Verfahren als Beistand Personen nicht auftreten dürfen, welche das Verhandeln vor Behörden erwerbsmäßig betreiben — die Arbeitersekretäre zählen zu denselben —, so kann hieraus nicht der Schluß gezogen werden, daß solchen Personen in denjenigen Ausnahmefällen, in denen es dem Berechtigten unmöglich ist, selbst seine Wünsche und Anträge anzubringen und zu begründen, die mündliche Vertretung und Wahrung der Interessen des Berechtigten in jenem Verfahren verwehrt sein sollte.

Das Oberversicherungsamt erblickt deshalb in der Zurückweisung des Arbeitersekretärs bei der Verhandlung am 20. Dezember 1915 und in der Durchführung des Einspruchsverfahrens ohne Gehör des Berechtigten — der zur Zeit des Termins im Felde stand — bzw. eines Vertreters desselben einen wesentlichen Mangel des Verfahrens, welcher die im Entscheidungssatz ausgesprochene Zurückweisung der Sache gemäß § 1690 RVO. rechtfertigt.

Anmerkung: Für die hier vertretene, mit der Fassung des Gesetzes freilich schwer vereinbare Auffassung spricht auch die Äußerung eines Regierungsvertreters in der Kommission (Ber. VI S. 117), wonach man im Hinblick auf Fälle, in denen persönliches Erscheinen des Versicherten unmöglich sei, die Möglichkeit einer Vertretung nicht ganz habe ausschließen wollen. Ebenso Laß, Anm. 2 zu § 1604, während Lehmann, Anm. 5 anscheinend meint, daß der Versicherte schlechthin kein Recht habe, sich durch einen anderen vertreten zu lassen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Für den Jahresarbeitsverdienst ist im Falle des § 1246 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. die tatsächliche Zugehörigkeit zur Kasse und Lohnstufe maßgebend.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 27. November 1916 (2300 Amtl. Nachr. 1916 S. 817).

Streitig ist, in welcher Lohnklasse die Beiträge für die Versicherten H., Sch. und P. zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu entrichten sind. Die Versicherten gehören der Allgemeinen Ortskrankenkasse für das Amt S. an, und zwar H. in Lohnstufe III, Sch. in Lohnstufe IV und P. in Lohnstufe III. Der Grundlohn der IV. Lohnstufe beträgt 3,60 ℳ, derjenige der III. Lohnstufe 2,60 ℳ (zu vgl. § 19 der Satzung), so daß sich hiernach gemäß § 1246 Abs. 2 Nr. 1 RVO. ein Jahresarbeitsverdienst ergibt von (3,60×300) 1080 ℳ für Sch. und von (2,60×300) 780 ℳ für H. und P. Dementsprechend fordert der Vorstand der Landesversicherungsanstalt nach § 1245 für Sch. Beiträge in IV. Lohnklasse statt in III., für P. und H. in III. Lohnklasse statt in II. Das Versicherungsamt hat jedoch in seiner Entscheidung nicht die Lohnstufe der Krankenkasse maßgebend sein lassen, der die Versicherten angehören, sondern diejenige, welcher sie nach ihrem Lohne angehören müßten. Diese Auffassung ist nicht zutreffend. Das Reichsversicherungsamt muß auch unter der Herrschaft der Reichs-

Digitized by Google

versicherungsordnung an den in seinen Entscheidungen 937 (Amtl. Nachr. 1901 S. 633) und vom 4. November 1904 (II 8672/04) sowie in seinem Runderlasse vom 31. März 1905 (II 1354) ausgesprochenen Grundsätzen festhalten, daß für die Bestimmung des Jahresarbeitsverdienstes die tatsächliche Zugehörigkeit zu einer Kasse und weiter die tatsächliche Zugehörigkeit zu der den Krankenkassenbeiträgen zugrunde liegenden Lohnstufe maßgebend ist, denn auch nach dem die Krankenversicherung behandelnden Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung ist, wie aus §§ 310,. 312, 315, 316 zu entnehmen ist, die rein tatsächliche Mitgliedschaft bis zu dem Zeitpunkt, zu welchem in dem geordneten Wege die Zuweisung an eine andere Krankenkasse erfolgt, entscheidend (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar Anm. 9 zu § 1246). Weiter hat die Reichsversicherungsordnung im § 1246 — ebenso wie früher das Invalidenversicherungsgesetz im § 34 — zur Vereinfachung des Lohnklassenwesens bewußt den engsten Anschluß an die Einrichtungen der Krankenversicherung gesucht. Eine andere Auffassung würde zu Weitläufigkeiten und Schwierigkeiten führen; insbesondere müßte bei der Festsetzung der Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung jedesmal die Richtigkeit des tatsächlichen Zustandes, also hier die Einreihung in die Lohnstufe der Krankenkasse nachgeprüft werden. Auch ginge es namentlich im Hinblick auf das Einzugsverfahren nicht an, wenn für ein und dieselbe Person die Beiträge für die Krankenversicherung und die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in verschiedenen Klassen berechnet werden müßten. Wenn endlich in der Entsch. 1741 (Amtl. Nachr. 1913 S. 603) die Rede davon ist, daß die Vorschrift des § 1246 Abs. 2 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung die Entscheidung über die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes auf die Tatsache der Versicherungspflicht und nicht auf den zufälligen Umstand abstellen wollte, ob der Beteiligte zur Krankenkasse angemeldet ist, so hat dies lediglich die Bedeutung, daß durch die Tatsache der Versicherungspflicht die Kassenmitgliedschaft und damit die Anwendbarkeit des § 1246 Abs. 2 Nr. 1 begründet wird.

Nach alledem war die Entscheidung des Versicherungsamts dem Antrag der Versicherungsanstalt entsprechend dahin abzuändern, daß die Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für H. und P. in der III., für Sch. in der IV. Lohnklasse zu entrichten sind.

Keine Versagung der Rente nach § 1271 Satz 4 RVO. wegen eines Heilverfahrens der Militärverwaltung.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 25. September 1916 (2270 Amtl. Nachr. 1916 S. 745).

Der Kläger, 1892 geboren, ist am 1. Oktober 1914 zum Heeresdienst eingezogen worden. Er erlitt am 27. Juli 1915 einen Kopfschuß und verlor dadurch die Sehkraft auf beiden Augen. Am 10. Januar 1916 aus dem Lazarett entlassen, stellte er den Antrag auf Gewährung der Invalidenrente. Durch Bescheid der Beklagten vom 27. Februar 1916 wurde ihm die Invalidenrente „seit dem Eintritt der dauernden Invalidität, d. h. vom 10. Januar 1916 an", gewährt. Auf die Berufung des Klägers hat das Oberversicherungsamt die Rente bereits vom 27. Juli 1915 an zugesprochen. Das Oberversicherungsamt ist der Meinung, daß seine Entscheidung im Hinblick auf § 1696 RVO. endgültig sei. Die Revision der Beklagten tritt dieser Auffassung entgegen, da es sich nicht um den Beginn der Rente handle, sondern um die Befugnis der Versicherungsanstalt, auf Grund des § 1271 Satz 4 RVO. während der Dauer des Heilverfahrens die Invalidenrente zu versagen. Diese Absicht sei allerdings in dem Bescheide nicht klar zum Ausdruck gekommen; sie habe aber bestanden, wie sich daraus ergebe, daß die Rente vom Tage der Entlassung aus dem Lazarette festgesetzt worden sei. Nach Meinung der Beklagten steht ihr die Befugnis zur Versagung der Rente auch dann zu, wenn die Militärverwaltung das Heilverfahren durchgeführt hat.

Der Wortlaut des Bescheids läßt allerdings nicht erkennen, daß die Beklagte von der Befugnis, die Rente auf Grund des § 1271 Satz 4 zu versagen, habe Gebrauch machen wollen. Der Senat hat indes kein Bedenken getragen, die Deutung, welche die Beklagte ihrem Bescheide nachträglich gegeben hat, der rechtlichen Würdigung zugrunde zu legen, da nur so der Rentenbeginn, wie er im Bescheide der Beklagten festgesetzt ist, verständlich wird. In diesem Falle handelt es sich allerdings nicht um einen Streit über den Beginn der Rente, wie das Oberversicherungsamt annimmt, sondern darüber, ob die Beklagte von der erwähnten Befugnis Gebrauch machen durfte. Alsdann ist die Revision zwar zulässig (zu vgl. die Revisionsentsch. 1940 und 2059, Amtl. Nachr. 1914 S. 825, 1915 S. 598), aber nicht begründet.

Die Beklagte macht zur Begründung ihres Standpunkts geltend, daß ein von der Heeresverwaltung eingeleitetes Heilverfahren einem von der Versicherungsanstalt durchgeführten gleichzuachten sei. Dieser Standpunkt läßt sich schon mit Rücksicht auf den Wortlaut und den inneren Zusammenhang der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Heilverfahren (§§ 1269 bis 1272) nicht vertreten. § 1269 sagt, daß „die Versicherungsanstalt" ein Heilverfahren einleiten, § 1270, daß sie es in Form der Unterbringung in einem Krankenhause gewähren kann. § 1271, auf dessen Satz 4 sich die Beklagte beruft, nimmt in seinem Eingang wieder auf § 1270 Bezug; er spricht in Satz 3 von dem „Eingreifen der Versicherungsanstalt", und § 1272 verweist auf den § 1269 zurück. Nirgends findet sich eine Andeutung, daß § 1271 auch zu gelten habe, wenn ein Dritter,

Digitized by Google

etwa die Heeresverwaltung, ein Heilverfahren durchführt. Hierauf bezügliche Vorschriften enthält auch nicht das Fünfte Buch der Reichsversicherungsordnung, das in den §§ 1518 ff. und 1524 ff. die Beziehungen der Versicherungsanstalten zu den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, in den §§ 1527 ff. die Beziehungen zu anderen Verpflichteten regelt (zu vgl. die Revisionsentsch. 2179, Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 427). Die erstere Gruppe von Vorschriften betrifft nur Ersatzansprüche gegen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften aus Anlaß von Heilverfahren, die eine Versicherungsanstalt einleitet. Im umgekehrten Falle, wenn eine Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft ein Heilverfahren durchführt, ist ihr ein Ersatzanspruch gegen die Versicherungsanstalt selbst dann nicht eingeräumt, wenn der Versicherte für die Dauer des Heilverfahrens einen Anspruch auf Invalidenrente hat. Unter der eben genannten Voraussetzung gibt dagegen § 1531 Gemeinden und Armenverbänden, die nach gesetzlicher Pflicht einen Hilfsbedürftigen unterstützen, einen Ersatzanspruch gegen die Versicherungsanstalt, der nach § 1536 aus der Rente zu befriedigen ist, und § 1541 bestimmt entsprechendes für Betriebsunternehmer und Kassen, die an Stelle einer Gemeinde oder eines Armenverbandes nach gesetzlicher Pflicht Hilfsbedürftige unterstützen. Andere auf Gesetz beruhende Pflichten zur Fürsorge für die nach der Reichsversicherungsordnung Versicherten bleiben nach § 1527 unberührt. Bei Erfüllung dieser Pflichten ist ein Ersatzanspruch gegen die Versicherungsträger nicht gegeben. Das gilt insbesondere für Leistungen der Heeresverwaltung, die sie einem während der Militärdienstzeit zu Schaden gekommenen Versicherten auf Grund der Militärversorgungsgesetze oder besonderer Dienstvorschriften, insbesondere also im vorliegenden Falle auf Grund der Kriegssanitätsordnung vom 27. Januar 1907 (Ziff. 459) zu gewähren hat. Ebenso bietet auch umgekehrt § 1542 den Versicherungsträgern keine Handhabe, sich an militärischen Versorgungsgebührnissen Versicherter schadlos zu halten (zu vgl. der Bescheid 2013, Amtl. Nachr. 1915 S. 461 und die dortigen Ausführungen). Ein Ersatzanspruch der Heeresverwaltung müßte aber bestehen, um eine Befugnis der Versicherungsanstalt zur gänzlichen oder teilweisen Einbehaltung der ihr obliegenden Leistungen anerkennen zu können, wie sie z. B. von den Berufsgenossenschaften ausgeübt werden muß, um Ersatzansprüche von Krankenkassen und Versicherungsanstalten gemäß § 1507 befriedigen zu können.

Auch das sonstige Vorbringen der Beklagten kann die Revision nicht stützen. Insbesondere ist der Hinweis auf die Revisionsentsch. 494 (Amtl. Nachr. 1896 S. 253) nicht stichhaltig, weil diese Entscheidung nicht auf den Vorschriften über das Heilverfahren, sondern auf der Vorschrift des § 9 Abs. 2 des Invaliden- und Altersversicherungsgesetzes (§ 1522) beruht. Ebensowenig sind daraus, daß den Versicherungsanstalten für die Militärdienstwochen Beiträge nicht zufließen und die Steigerungssätze infolge von Militärdienstwochen vom Gemeinvermögen zu tragen sind, Schlüsse zugunsten der von der Beklagten vertretenen Auffassung zu ziehen. Die Beklagte meint, es entspräche der Billigkeit, wenn die Versicherungsanstalten zum Ausgleich dafür, daß sie sich die Militärdienstzeiten bei Festsetzung der Rente als Beitragszeiten anrechnen lassen müssen, obgleich sie keine Beiträge bekommen, wenigstens die Rente für die Zeit versagen dürften, während der ein Kriegsteilnehmer auf Kosten der Militärverwaltung im Lazarette behandelt und verpflegt wird. Daß dies der Billigkeit entspräche, kann nicht anerkannt werden. Der Billigkeit entspräche es höchstens, wenn die zurückgelegte Militärdienstzeit in der Höhe der Rente nicht zum Ausdruck gelangte. Unbillig aber wäre es, den Versicherten, die durch die vor der Einberufung zum Militärdienste geleisteten Beiträge ein Anrecht auf die Leistungen der Versicherungsträger erworben haben, diese lediglich aus dem Grunde vorzuenthalten, weil die Versicherten für die Dauer des militärischen Heilverfahrens in allen ihren Lebensbedürfnissen versorgt sind. Letzteres träfe überdies zum mindesten für die verheirateten Kriegsteilnehmer nicht zu. Daß es der Absicht des Gesetzgebers im übrigen nicht enspricht, neben einer anderweiten Versorgung, die der Versicherte durch seine Dienste für Reich, Staat oder Gemeinde erworben hat, die Leistungen der Invalidenversicherung auszuschließen, ergibt sich auch aus der Aufhebung des § 48 Abs. 1 Ziff. 2 des Invalidenversicherungsgesetzes. Mit Recht sagt der Bescheid 2041 (Amtl. Nachr. 1915 S. 561), daß dem gleichzeitigen unverkürzten Genusse der Bezüge auf Grund des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung und der militärischen Fürsorgegesetze durch die Kriegsteilnehmer und ihre Hinterbliebenen keinerlei gesetzliche Hindernisse entgegenstehen. Dieser Grundsatz muß auch für den gleichzeitigen Bezug eines Heilverfahrens auf Kosten der Heeresverwaltung und einer Invalidenrente als richtig anerkannt werden. Hiernach war die Beklagte nicht befugt, die Invalidenrente für die Dauer des Heilverfahrens zu versagen, und da der Eintritt der dauernden Invalidität hier mit dem Tage der Verwundung unzweifelhaft zusammenfällt, hat das Oberversicherungsamt mit Recht die Rente bereits vom 27. Juli 1915 ab zugesprochen. Die Revision war deshalb zurückzuweisen.

Digitized by Google

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Zahlung der Anerkennungsgebühr erhält nicht die Mitgliedschaft beim Knappschaftsverein und nicht den Anspruch auf Beitragserstattung.

Entsch. des **preuß. Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten** vom 24. Oktober 1916 (P. 104/16).

Anerkennungsgebührenzahler sind, wie das Oberschiedsgericht in ständiger Rechtsprechung angenommen hat, nicht Versicherte im Sinne des § 107 Abs. 3 der Satzung; sie erhalten sich lediglich nach Maßgabe des § 33 des Knappschaftsgesetzes die bis zu ihrem Ausscheiden erworbenen Ansprüche. Das Versicherungsverhältnis eines Mitgliedes endet regelmäßig mit dem Ausscheiden aus der die Vereinsmitgliedschaft begründenden Beschäftigung gemäß § 2 Abs. 2 und § 54 unter a der Satzung.

Daß Anerkennungsgebührenzahler nicht Mitglieder des Knappschaftsvereins sind, hat das Oberschiedsgericht in mehrfachen Entscheidungen ausgeführt (vgl. Oberschiedsgericht vom 16. Dezember 1913 — P. 273/13 —). Vielmehr sind diejenigen Personen, welche sich auf Grund des § 33 des Knappschaftsgesetzes die bis zu ihrem Ausscheiden erworbenen Ansprüche auf Pensionskassenleistungen durch Zahlung der Anerkennungsgebühren erhalten, als Gläubiger des Knappschaftsvereins anzusehen, die ihren Anspruch durch ein früheres Versicherungsverhältnis erworben haben und aus einem solchen früheren Versicherungsverhältnis ihren Anspruch herleiten können. Sie stehen dem Knappschaftsverein nicht mehr als Mitglieder und Versicherte, sondern als forderungsberechtigte Gläubiger gegenüber, die einen aus einem beendeten Versicherungsverhältnis herrührenden Anspruch geltend machen.

Die angefochtene Entscheidung hat mithin die Frage, ob Anerkennungsgebührenzahler oder die diesen gleichgestellten Personen als Versicherte im Sinne des § 107 Abs. 3 der Satzung anzusehen sind, ohne Rechtsirrtum verneint. Ein Verstoß gegen das anzuwendende Recht liegt nicht vor.

Ebenso hat das Oberversicherungsamt ohne Rechtsirrtum angenommen, daß der Anspruch auf Beitragserstattung im Falle des § 107 Abs. 3 der Satzung nicht zu den Pensionskassenleistungen gehört, welche durch die Zahlung der Anerkennungsgebühren erhalten werden. Die Ausführungen des angefochtenen Urteils in dieser Beziehung lassen Rechtsirrtümer nicht erkennen. Unter denjenigen Pensionskassenleistungen, welche durch die Zahlung der Anerkennungsgebühren erhalten werden, sind lediglich die im § 30 des Knappschaftsgesetzes (Abschnitt V §§ 30 bis 43 der Satzung) bezeichneten Leistungen zu verstehen. Dies sind diejenigen Ansprüche, welche aus Anlaß der Unfähigkeit zur Berufsarbeit und des Todes eines Mitgliedes nach Maßgabe des Gesetzes und der Satzung zu gewähren sind und aus einem auf der sozialen Fürsorge beruhendem Versicherungsverhältnis entspringen. Die auf einer vereinzelten, in dem die Beiträge der Mitglieder behandelnden Abschnitt IX der Satzung gegebenen Ausnahmevorschrift beruhende Erstattung von Beiträgen im Sinne des § 107 Abs. 3 der Satzung kann nicht als eine Pensionskassenleistung in diesem Sinne angesehen werden, welche durch die Zahlung der Anerkennungsgebühren erhalten wird. Sinngemäß sollen nach Maßgabe des § 33 des Knappschaftsgesetzes nur diejenigen Ansprüche den Anerkennungsgebührenzahlern erhalten bleiben, welche aus dem Versicherungsverhältnis folgen, welche dem früheren Mitglied oder seinen Angehörigen in Fällen der Not, also bei Arbeitsunfähigkeit oder im Todesfalle, eine Beihilfe zu gewähren bestimmt sind. Dazu gehört die Beitragserstattung nach der Natur der Sache nicht. Das Oberversicherungsamt hat daher mit Recht angenommen, daß der Anspruch auf Beitragserstattung durch die Zahlung der Anerkennungsgebühren nicht erhalten wird.

Dem angefochtenen Urteil ist auch dahin beizutreten, daß es sich bei der Bestimmung des § 107 Abs. 3 der Satzung um eine Ausnahmevorschrift handelt, die nach allgemeinen Grundsätzen und auch mit Rücksicht auf den Zweck der knappschaftlichen Versicherung wie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Knappschaftsvereins streng auszulegen ist und nicht weiter ausgedehnt werden darf, als sich aus einer solchen strengen Auslegung mit Notwendigkeit ergibt.

Sprechsaal.

Gilt die Entziehung einer vorläufigen Rente als Feststellung der Dauerrente? (§§ 1585, 1700 Ziff. 7, 8 RVO.).

Das Bayerische Landesversicherungsamt hat am 25. September 1916 (Mitt. Nr. 12 S. 251) entschieden, die Entziehung einer vorläufigen Rente bilde die erste Feststellung der Dauerrente; bei Wiedergewährung einer Rente könne daher nicht mehr eine vorläufige festgestellt werden, sondern es liege dann Neufeststellung einer Dauerrente vor. Diese Auffassung muß als zu weitgehend und nicht begründet erachtet werden.

Digitized by Google

Allerdings hat das Reichsversicherungsamt durch die grundsätzliche Entsch. 2819 Amtl. Nachr. 1915 S. 611, entgegen der früheren Ansicht des Bayerischen Landesversicherungsamts, festgestellt, daß die Aufhebung einer vorläufigen Rente auch vor Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalle Ablehnung der Dauerrente darstellt. Daß diese Ablehnung der Dauerrente aber eine Feststellung der Dauerrente bilde, wird dem beteiligten Versicherten nicht einleuchten; er wird nie verstehen, wenn man ihm vorstellt: „dadurch, daß dir deine Rente genommen worden ist, ist dir eigentlich eine Dauerrente zuteil geworden!" Aber auch juristisch betrachtet, erregt die Auffassung Bedenken.

Das Reichsversicherungsamt führt in seiner obigen Entscheidung aus, daß man durch Einführung der vorläufigen Rente die Möglichkeit geben wollte, in zweifelhaften Fällen mit der endgültigen Rentenfestsetzung noch zuzuwarten und zunächst eine einstweilige Entschädigung zu gewähren, bis der Beharrungszustand eingetreten sei; daß man im allgemeinen nach Ablauf von zwei Jahren den Eintritt des Beharrungszustandes annehmen könne, daß dieser aber je nach Umständen auch schon vor diesem Zeitpunkte sich einstellen könne. Wenn der Versicherungsträger vor Ablauf von zwei Jahren die vorläufige Rente entziehe, so gebe er damit die Auffassung kund, daß der endgültige Zustand der Unfallfolgen, der die Voraussetzung der Dauerrente bilde, bereits eingetreten sei. Deshalb sei die Entziehung der vorläufigen Rente als Versagung der Dauerrente anzusehen und gegen die Entziehung sei der Rekurs zulässig.

Hierdurch ist lediglich dargetan, daß die Entziehung der vorläufigen Rente hinsichtlich der Rekursfähigkeit mit der erstmaligen Festsetzung der Dauerrente gleichbehandelt werden muß. Auf das Wesen und den Inhalt der letzteren kann sich aber diese Gleichstellung nicht erstrecken. Die Dauerrente tritt nicht kraft Rechtes ein, sondern sie setzt einen rechtschaffenden Akt des Versicherungsträgers voraus. Dieser Akt, bei dem die Grundlagen der Rentenberechnung einer nochmaligen endgültigen Prüfung und Anfechtung unterliegen, kann durch die Tatsache der Entziehung der vorläufigen Rente nicht ersetzt werden.

Angenommen, der Unfallbeschädigte, dem die vorläufige Rente entzogen worden ist, erbringt darauf, aber noch innerhalb der ersten zwei Jahre, den Nachweis, daß er noch durch Unfallfolgen erwerbsbeschränkt ist. Die Berufsgenossenschaft überzeugt sich dabei auch, daß der Beharrungszustand, entgegen ihrer seinerzeitigen Annahme, noch nicht eingetreten ist. Sollte sie nicht befugt sein, die neu festzustellende Rente wieder als vorläufige zu gewähren? Zweifellos gibt ihr der § 1585 Abs. 1 hierzu das Recht. Der bei Entziehung der vorläufigen Rente bestandene Irrtum über das Vorliegen des Beharrungszustandes kann nicht zur Beseitigung der Befugnis nach § 1585 Abs. 1 führen.

Findet aber die Wiedergewährung einer Rente nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalle statt, so daß also nur Dauerrente in Frage kommt, wird dann nicht der Unfallverletzte in seinen Rechten beeinträchtigt, wenn nicht die erstmalige Festsetzung der Dauerrente, sondern Neufeststellung der Dauerrente wegen Änderung der Verhältnisse angenommen wird? Bei der Entziehung der vorläufigen Rente hatte er weder Anlaß noch Gelegenheit, seine Interessen in bezug auf die Grundlagen der Rentenberechnung, z. B. auf die Bemessung des Jahresarbeitsverdienstes, zur Geltung zu bringen und bis zur Rekursinstanz durchzufechten; jetzt, bei Neufeststellung der Dauerrente, gibt es keine Prüfung der Grundlagen der Rentenberechnung, auch keine Rekursinstanz mehr. Er muß also die Rente mit der Grundlage hinnehmen, wie er sie seinerzeit bei Bewilligung der vorläufigen Rente sich vielleicht nur deshalb hatte gefallen lassen, weil es sich ja damals nur um eine vorübergehende Entschädigung handelte und die Wahrung der Rechte der späteren endgültigen Festsetzung vorbehalten schien. — Die gleichen Nachteile können in einem solchen Falle unter Umständen auch der Berufsgenossenschaft erwachsen.

Diese Erwägungen dürften dazu führen, daß die Entziehung einer vorläufigen Rente zwar hinsichtlich des Rekursrechtes der erstmaligen Feststellung der Dauerrente gleich zu behandeln ist, daß ihr aber im übrigen die rechtlichen Wirkungen der Dauerrentenfeststellung nicht zukommen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Vorstände der Betriebskrankenkassen als Arbeiterausschüsse.

Durch das Gesetz betreffend den vaterländischen Hilfsdienst haben die „Arbeiterausschüsse" eine weitere Entwicklung erfahren. Nach § 11 müssen in allen für den vaterländischen Hilfsdienst tätigen Betrieben, für die Titel VII der Gewerbeordnung gilt und in denen in der Regel mindestens fünfzig Arbeiter beschäftigt werden, ständige Arbeiterausschüsse bestehen. Soweit für solche Betriebe ständige Arbeiterausschüsse nach § 134 Gew. Ordg. oder nach den Berggesetzen nicht bestehen, sind sie zu errichten. Die Mitglieder dieser neu zu errichtenden Arbeiterausschüsse werden von den volljährigen Arbeitern des Betriebs oder der Betriebsabteilung aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Verhältniswahl gewählt.

Der erwähnte § 134h Gew. Ordg. auf den hier Bezug genommen wird, besagt u. a.: „Als ständige Arbeiterausschüsse .... gelten nur: 1. Diejenigen Vorstände der Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen oder anderer für die Arbeiter der Fabrik bestehender Kasseneinrichtungen, deren Mitglieder in ihrer Mehrzahl von den Arbeitern aus ihrer Mitte zu wählen sind, sofern sie als ständige Arbeiterausschüsse bestellt werden, 2. Die Knappschaftsältesten von Knappschaftsvereinen, welche die nicht den Bestimmungen der Berggesetze unterstehenden Betriebe eines Unternehmers umfassen, sofern sie als ständige Arbeiterausschüsse bestellt werden ...." Die Vorstände der auf Grund der RVO. errichteten Betriebskrankenkassen erfüllen diese Voraussetzungen. Nach § 338 RVO. besteht zwar ein Betriebskrankenkassenvorstand aus dem Arbeitgeber und aus Vertretern der Versicherten, aber der Arbeitgeber hat nur die Hälfte der Stimmen, die den Versicherten nach der Satzung zustehen. Daß der Arbeitgeber selbst dem Arbeiterausschuß angehört und sogar den Vorsitz führt, verstößt nicht gegen die sonstigen Vorschriften der Gewerbeordnung. Hieraus folgt, daß in allen gewerblichen Betrieben, in denen ein Betriebskrankenkassenvorstand bis zur Einführung

Digitized by Google

des Hilfsdienstgesetzes als Arbeiterausschuß bestellt worden ist, die Neuwahl eines solchen Ausschusses nach dem Hilfsdienstgesetz nicht erforderlich ist.

Der preußische Minister für Handel und Gewerbe hat hierzu unterm 16. Januar 1917 eine bemerkenswerte Verordnung erlassen (HMBl. vom 3. Februar 1917 S. 45). Danach können als Arbeiterausschüsse auf Grund des § 11 des Hilfsdienstgesetzes nur solche angesehen werden, die am 6. Dezember 1916 schon bestanden. Als Arbeiterausschüsse, die an diesem Tage schon vorhanden waren, können jedoch nur diejenigen gelten, die zu dieser Zeit bereits gemäß § 134h Gew. Ordg. oder §§ 80f, 80fd, 80fe und 80ff. des Allgemeinen Berggesetzes in der Fassung der Novelle vom 28. Juli 1909 als solche bestellt oder errichtet waren, nicht aber auf Vorstände usw., die zwar nach § 134h Nr. 1 und 2 der Gew. Ordg. hätten als Arbeiterausschüsse bestellt werden können, bis zum 6. Dezember 1916 aber tatsächlich noch nicht als solche bestellt worden waren. Eine „Bestellung" ist nur dann als vorliegend anzuerkennen, wenn eine Mitteilung an den Kassenvorstand und an die übrigen Arbeiter der Fabrik ergangen war, daß der Kassenvorstand fortan die Aufgaben eines ständigen Arbeiterausschusses wahrnehmen sollte. Wurden nur gelegentlich mit dem Kassenvorstand Fragen besprochen, die für die gesamte Arbeiterschaft des Werkes Bedeutung hatten, so liegt darin keine Bestellung des Kassenvorstandes zum Arbeiterausschuß.

Die Aufgaben eines Arbeiterausschusses sind sehr vielseitig. Nach § 12 des Hilfsdienstgesetzes liegt ihm ob, das gute Einvernehmen innerhalb der Arbeiterschaft des Betriebes und zwischen der Arbeiterschaft und dem Arbeitgeber zu fördern. Er hat Anträge, Wünsche und Beschwerden der Arbeiterschaft, die sich auf die Betriebseinrichtungen, die Lohn- und sonstigen Arbeitsverhältnisse des Betriebs und seiner Wohlfahrtseinrichtungen beziehen, zur Kenntnis des Unternehmers zu bringen und sich darüber zu äußern. Zu diesen Aufgaben treten besonders die noch hinzu, welche die Gewerbeordnung den Arbeiterausschüssen zuweist. Hierher gehört vor allem die Begutachtung der Arbeitsordnung, die für die Rechtsverhältnisse der Arbeiter in den größeren Betrieben maßgebend ist. Weiter hat der Arbeiterausschuß die Verwendung der Ordnungsstrafgelder sowie überhaupt alle Einnahmen und Ausgaben, die für wohltätige Zwecke im Interesse der Arbeiter zu machen sind, zu überwachen. Schließlich hat der Arbeiterausschuß Beschwerden zu erledigen bei Bestrafungen der Arbeiter, Lohnabzügen wegen Materialschadens, Lohnfestsetzungen, Arbeitszeitverkürzungen wegen Mangel an Arbeit, Regelung des Überstundenwesens, Aussetzen von der Arbeit, hygienische Einrichtungen, Unfallverhütung usw. In welcher Form die Beschwerden und Wünsche der Arbeiter durch den Arbeiterausschuß dem Unternehmer zur Kenntnis zu bringen sind, sagt das Gesetz nicht. Es kann geschehen durch Teilnahme des Unternehmers an den Verhandlungen oder durch schriftliche Übermittelung. Auf Verlangen von mindestens einem Viertel der Mitglieder des Arbeiterausschusses muß eine Sitzung anberaumt und der beantragte Beratungsgegenstand auf die Tagesordnung gesetzt werden (vgl. § 12 des Hilfdienstgesetzes).

Dem Betriebsunternehmer steht es frei, einen bereits zum Arbeiterausschuß bestellten Krankenkassenvorstand von dieser Eigenschaft zu entbinden und einen neuen selbständigen Arbeiterausschuß auf Grund der Bestimmungen des Hilfsdienstgesetzes zu bestellen. Er hat sodann die Neuwahlen auf Grund einer Wahlordnung zu veranlassen, die von den Landeszentralbehörden bekanntgegeben worden sind. Die Wahlordnungen bestimmen inhaltlich im wesentlichen dasselbe, wie die Musterwahlordnungen für Krankenkassenausschuß-Mitgliederwahlen. Aus verschiedenen Gründen dürfte es zu empfehlen sein, daß der Arbeiterausschuß als selbständige Einrichtung neben dem Krankenkassenvorstande zu gestalten ist. Beide können dabei nur gewinnen. In den großen Betrieben ist für die Wahl und Tätigkeit des Arbeiterausschusses in der Regel ein genaues Regulativ aufgestellt, das dem Ausschuß eine feste Richtschnur gibt. Es kann in diesem bestimmt werden, daß der Ausschuß seinen eigenen Vorsitzenden aus dem Kreise der Arbeiter hat usw. Würde der Ausschuß gleichzeitig Krankenkassenvorstand und umgekehrt sein, so können sich aus den verschiedenen Geschäftsordnungen sehr leicht Widersprüche ergeben.

Nach § 11 Abs. 2 des Hilfsdienstgesetzes sind in allen für den vaterländischen Hilfsdienst tätigen Betrieben, für die Titel VII der Gew. Ordg. gilt, mit mehr als fünfzig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtigen Angestellten besondere Ausschüsse (Angestelltenausschüsse) für diese Angestellten zu errichten. Diese besonderen Angestelltenausschüsse müssen natürlich auch dort vorhanden sein, wo ein Krankenkassenvorstand zum Arbeiterausschuß bestellt ist.

Kriegsbeschädigte und Krankenkassen.

In den im Heft 4 der ArbVers. 1917 S. 73 ff. veröffentlichten Ausführungen von Magistratsassessor Albert Meyer (Stettin) ist schon auf die Verwandtschaft des Militärversorgungswesens mit der Sozialversicherung hingewiesen und erwogen, ob und wie sich manche Rechtsgedanken und -einrichtungen aus dem letzteren Gebiete auch für jenes andere nutzbar machen ließen. In ähnlicher Richtung bewegt sich ein in der „Sozialen Praxis" vom 1. März 1917 enthaltener Aufsatz desselben Verfassers über Kriegsbeschädigte und Krankenkassen, aus dem wir auszugsweise folgendes mitteilen:

. . . Man wird es nicht ohne weiteres immer als betrübenden Mangel an Patriotismus zu bezeichnen haben, wenn Arbeitgeber mit eigener Betriebskrankenkasse gelegentlich Bedenken tragen, Kriegsbeschädigte einzustellen. Während es manchen Unternehmern, die bedeutende Kriegsgewinne erzielt haben, ein leichtes sein wird, die Mehrbelastung zu tragen, bedürfen andere der Schonung, um konkurrenzfähig zu bleiben. Vom Interessenstandpunkt des Arbeitgebers gesehen, ist auch zu bedenken, daß der Betriebsunternehmer nicht nur seinen Beitragsanteil zu zahlen, sondern gemäß § 390 RVO. für eine 6 v. H. des Grundlohnes übersteigende Anspannung der Beiträge aus eigenen Mitteln aufzukommen hat, vor allem aber, daß der Unternehmer oft ohnehin schon ein Opfer bringt, indem er Leute, deren Dienstleistungen für ihn zunächst von fragwürdigem Werte sind, in seinen Betrieb aufnimmt; diese Bereitwilligkeit hat er dann doppelt zu entgelten, wenn nach wenigen Tagen das kaum verheilte Leiden wieder hervorbricht und vielleicht eine monatelange Krankenhausbehandlung notwendig macht.

Vom Standpunkte der Kriegsbeschädigtenfürsorge betrachtet, aber wird man sich nicht verhehlen dürfen, daß zwar im Kriege die stark gesteigerte Nachfrage nach männlichen Arbeitskräften die Unterbringung der Kriegsbeschädigten wesentlich erleichtert, daß aber nach Rückkehr des Feldheeres die Arbeitsbeschaffung für die erwerbsbeschränkten Kriegsinvaliden, namentlich die an inneren Leiden Erkrankten, schon an und für sich auf ungleich größere Schwierigkeiten stoßen wird. Kommt dann noch eine beträchtliche Vermehrung der Aufwendungen für Krankenversicherung

Digitized by Google

hinzu, so können diese Schwierigkeiten unter Umständen zu einem öffentlichen Notstand werden.

Das Problem ist indessen ein allgemeineres und erschöpft sich nicht in dem Interesse der Arbeitgeberkreise an möglichster Beschränkung der sozialpolitischen Lasten, mehr noch stehen wichtige Interessen der versicherten Kriegsbeschädigten und ihrer der Versicherung angehörigen Berufsgenossen selbst in Frage. Die Krankenkassen als entschädigungspflichtige Träger der Krankenversicherungslast beruhen im großen und ganzen zu ⅔ auf den Beiträgen der Versicherungspflichtigen. Auf diese fällt daher die Hauptlast aus der vermehrten Erkrankungsgefahr; die nicht kriegsbeschädigten Leute an dieser durch ihre kriegsinvaliden Arbeitsgefährten verursachten Mehrlast mittragen zu lassen aber dürfte der Billigkeit im Grunde ebensowenig entsprechen, wie etwa gar sie den Kriegsbeschädigten als besonderer Gefahrgruppe aufzubürden.

Der heutige Rechtszustand ist im allgemeinen der, daß die Kasse im Erkrankungsfalle die gesetzliche Krankenhilfe ohne Entschädigung von anderer Seite zu gewähren hat und ohne Rücksicht darauf, ob eine Kriegsdienstbeschädigung als Ursache in Frage kommt oder nicht. Eine Rechtspflicht zur Heilfürsorge für entlassene Kriegsbeschädigte liegt der Militärverwaltung nicht ob. Ist der Mann entlassen, so hat sie mit Bewilligung der Rente ihrer Verpflichtung genüge getan. Die Militärverwaltung gewährt zwar aus freien Stücken auch entlassenen Kriegsteilnehmern in gewissen Grenzen die Möglichkeit, bei Verschlimmerung ihres die Entlassung bedingenden Leidens sich einem Heilverfahren für Rechnung des Militärfiskus zu unterziehen . . . Schwierigkeiten aber und Zweifel ergeben sich z. B., wenn der Erkrankte sich dem militärischen Heilverfahren mit seiner Unterwerfung unter die Lazarettdisziplin nicht unterziehen will. Er ist nach den militärrechtlichen Bestimmungen hierzu nicht verpflichtet, das kraft Gesetzes eintretende Ruhen seiner Rente als Folge seiner Aufnahme in die Heilanstalt ist auch geeignet, ihn von dem Entschluß zurückzuhalten. Überdies hat er doch nun einmal seinen gesetzlichen Anspruch auf Krankenhilfe gegen die zuständige Krankenkasse gemäß den weitherzigen Grundsätzen der bürgerlichen Krankenversicherung, die bekanntlich seine Aufnahme in eine Krankenanstalt in weitgehendem Maße an seine Zustimmung binden, ihm freie Wahl lassen unter einer ganzen Anzahl von Ärzten usw. Er wird es daher nicht selten vorziehen, von diesem Anspruch Gebrauch zu machen, so namentlich dann, wenn es vom ärztlichen Standpunkt einer Anstaltsbehandlung gar nicht bedarf, sondern nur ärztlichen Rates, der Verordnung von Heilmitteln, Kost und einer Geldunterstützung für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit; oftmals endlich würde die Aufnahme in eine militärische Heilanstalt eine nach Lage der Sache unerwünschte Übersiedlung vom Wohnort an einen anderen Ort, in dem sich das Lazarett befindet, bedingen. In großem Umfange wird also schon jetzt, ganz allgemein aber wohl nach Friedensschluß die Krankenfürsorge den Krankenkassen verbleiben. . . .

Ein der Billigkeit entsprechendes und auf die Dauer befriedigendes Ergebnis wird letzten Endes nur dadurch zu erzielen sein, daß man die der Krankenversicherung aus der Kriegsinvalidität erwachsenen Mehrkosten in angemessenem Umfange derjenigen Körperschaft aufbürdet, der rechtlich und moralisch die Verpflichtung zufällt, dem im Kriegsdienst körperlich Geschädigten jede durch die Folgezustände seiner Dienstbeschädigung erforderte Fürsorge angedeihen zu lassen, nämlich dem Reich als Militärfiskus. Hier nun ist m. E. von entscheidender Bedeutung die nahe innere Verwandtschaft des Militärversorgungswesens mit der sozialpolitischen Unfallversicherung, die sich dem heutigen sozialen Empfinden mehr und mehr überzeugend aufdrängt. (Der Verfasser weist dann auf die schon in seinem früheren Aufsatz hervorgehobene Ähnlichkeit der Kriegsbeschädigtenfürsorge mit der Unfallversicherung — ArbVers. 1917 S. 75 — hin und fährt fort:)

Es kann m. E. nicht ausbleiben, daß bei der bevorstehenden Neugestaltung des Militärversorgungsrechts eine gewisse Annäherung an die bürgerliche Unfallversicherung stattfindet. Wenn dabei auch auf jenem wesensverwandten Gebiet neuere Rechtsgedanken der Sozialversicherung zum Durchbruch kommen, so dürfte einer der wichtigsten von ihnen der Gedanke eines Rechtsanspruchs auf Gewährung der durch Kriegsdienstbeschädigung erforderlich gewordenen Krankenbehandlung sein, wie ihn die Reichsversicherungsordnung dem Unfallverletzten gegenüber seiner Berufsgenossenschaft zubilligt (§§ 558, 597). Es genügt nicht, daß die Militärbehörde, wie bisher, nur freiwillig, wenn auch in anerkennenswerter Bereitwilligkeit ein Heilverfahren einleitet, sondern es muß grundsätzlich und unzweideutig über die Grenzen des geltenden Mannschaftsversorgungsgesetzes hinaus die rechtliche Verpflichtung des Reiches begründet werden, für alle gesundheitlichen Schäden, die Folge einer Dienstbeschädigung sind, vollgültigen Ausgleich zu schaffen.

Wie diese erweiterte militärrechtliche Versorgungspflicht im einzelnen zu verwirklichen ist, ist dann eine Frage für sich, die m. E. zweckmäßig nur im engsten Anschluß an die bestehenden Bestimmungen und Einrichtungen der sozialpolitischen Versicherung gelöst werden kann, denn deren Träger und Organe sind für die in das Bürgerleben zurückkehrenden Tausende und aber Tausende von Kriegsbeschädigten eben die gegebenen Fürsorgeeinrichtungen.

Die Stellung der Krankenkassen im Rahmen einer solchen gesetzlich-geordneten Krankenhilfe für Kriegsbeschädigte ergibt sich nach dem Vorbild der bürgerlichen Unfallversicherung von selbst. Wie bei gewöhnlichen Unfällen, so wird auch hier die Krankenkasse, der der Kriegsbeschädigte, der durch Kriegsunfall Verletzte, angehört, in erster Linie verpflichtet sein, für ihn zu sorgen. Auch für die Entschädigungspflicht des Reichsmilitärfiskus wird der Grundsatz gelten müssen: „Die Leistungspflicht der Krankenkassen wird dadurch nicht berührt, daß ein Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zum Schadenersatz verpflichtet ist" (§ 1501 Abs. 1); nicht minder der hieraus abzuleitende, selbstverständliche Folgesatz: „Leistet eine Krankenkasse pflichtgemäß nach Gesetz oder Satzung infolge eines Unfalles für eine Zeit, für die der Berechtigte infolge des Unfalles auch einen Anspruch auf Unfallentschädigung hatte oder noch hat, so kann sie . . . . als Ersatz die Unfallentschädigung beanspruchen" (§ 1501 Abs. 2); sodann entsprechend die Bestimmungen über Bemessung der Ersatzleistungen (Krankenpflege, auch Krankenhauspflege: ⅜ des Grundlohns, Unterhalt im Krankenhaus: ⅛ desselben, § 1503; Hilfsmittel: Ersatz in Höhe des Aufwandes, § 1504; Begrenzung des Zugriffs auf die Renten: §§ 1505—1507). Auf der anderen Seite wird man auch dem Militärfiskus das Recht einräumen müssen, bei einer durch Kriegsdienstbeschädigung entstandenen Krankheit seinerseits Heilanstaltspflege zu gewähren (§ 597) sowie das Heilverfahren, das an sich der Krankenkasse obliegen würde, zu übernehmen (§ 1513). Der Krankenkasse müßte die Ver-

Digitized by Google

pflichtung auferlegt werden, der zuständigen Militärbehörde von dem Eintritt einer solchen Erkrankung sofort Anzeige zu machen, um ihr dadurch die weitere Entschließung wegen Einleitung eines eigenen Heilverfahrens zu ermöglichen (§ 1512).

Auf weitere Einzelheiten soll hier nicht eingegangen werden, es mag genügen, darauf hinzuweisen, wie es unzweifelhaft der Billigkeit entspricht, daß die Mehrlast der Krankenversicherung aus den Kriegsdienstbeschädigungen der Versicherten dem Reichsmilitärfiskus auferlegt wird und daß ferner die geltenden Bestimmungen, wenn nicht eine unmittelbare gesetzliche Handhabe, so doch ein einfaches Vorbild bieten, um schon jetzt im Wege der Gesetzgebung in gewissen Grenzen eine gerechtere Verteilung der Lasten herbeizuführen. Es wird gewiß keine unüberwindlichen Schwierigkeiten machen, zu bestimmen, daß der Militärfiskus den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der §§ 1501 fg. RVO. ihre Aufwendung für Kriegsbeschädigte zu ersetzen verpflichtet ist, sofern sie anläßlich solcher Erkrankungen geleistet werden, die Folgen einer Kriegsdienstbeschädigung sind. Dem Vorstand der Krankenkasse läge es ob, im Einzelfalle eine Einigung mit der zuständigen Militärbehörde (Bezirkskommando, Generalkommando, Sanitätsamt) herbeizuführen. Über die Frage des ursächlichen Zusammenhangs der Erkrankung mit einer Kriegsdienstbeschädigung würden sich der Vertrauensarzt der Krankenkasse auf Grund des neueren Untersuchungsergebnisses, das zuständige Sanitätsamt an Hand dieses ihm mitzuteilenden Befundes und der Rentenakten ihre Meinung zu bilden haben. Die Entscheidung in Streitfällen wäre dem Oberversicherungsamt zuzuweisen und damit der Gefahr einer mißbräuchlichen Ausnutzung des Erstattungsanspruchs durch einzelne Krankenkassen vorgebeugt.

Es mag endlich auf eine verwandte Einrichtung der Kriegszeit hingewiesen werden, deren materielle gesetzgeberische Bedeutung freilich auf ganz anderem Gebiete liegt, die aber doch mit der hier empfohlenen Regelung der Krankenfürsorge für Kriegsbeschädigte eine unverkennbare Verwandtschaft grundsätzlicher Natur aufweist: Die Reichswochenhilfe. Wie bei der Reichswochenhilfe eine im allgemeinen Reichsinteresse geübte Fürsorge stattfindet, bei der sich das Reich der Krankenkassen bedient und diesen den nötigen Aufwand ersetzt, so handelt es sich auch hier darum, daß die Krankenkassen eine unbestreitbar dem Reich obliegende Aufgabe erfüllen sollen, die nach der geschichtlichen Entwicklung der sozialpolitischen Gesetzgebung nun einmal im Bereich ihrer Wirksamkeit gelegen ist, und daß folglich auch das Reich sie hierfür in angemessenem Umfange schadlos halten muß.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Versicherungspflichtige Beschäftigung; Unterbrechung und Wiederbeginn.

1. Nach Schwientochlowitz. Antwort: Die Entscheidung des Versicherungsamts ist zweifelsfrei richtig. Nach den Umständen des Falles hatte sich der Arbeitgeber für die Dauer der sogen. „Beurlaubung" des Angestellten der Verfügungsmacht über ihn vollständig begeben, und da er ihm für diese Zeit auch nichts zahlte, so kann in keinem Betracht von der Fortdauer eines Lohnarbeitsverhältnisses und der Versicherungspflicht die Rede sein. In Wahrheit lag eine Entlassung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung vor, in Verbindung mit einer bedingten Zusicherung der Wiederanstellung für den Fall, daß die „versuchsweise Beschäftigung im Auslande" aufgegeben werden würde. Die Pflichtmitgliedschaft war daher erloschen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 21 zu § 165 RVO.), und es kann sich nur darum handeln, ob sie von neuem entstand, als der Arbeitgeber, gemäß seiner Zusicherung den Angestellten nach seiner Rückkehr vom 1. Dezember 1916 ab wieder aufnahm und ihm sein früheres Gehalt weiterzahlte. Wir glauben, daß auch diese Frage verneint werden muß, weil der Angestellte in diesem Zeitpunkte bereits krank und arbeitsunfähig und der Arbeitgeber daher genau so wie vorher außerstande war, über die Arbeitskraft des Angestellten zu verfügen. Vom Beginn eines Beschäftigungsverhältnisses konnte daher nicht die Rede sein (zu vgl. Hahn, Anm. 22 zu § 165). Demgegenüber ist es ohne Belang, daß der Arbeitgeber sich für verpflichtet erachtet, das frühere Gehalt wieder zu zahlen; die Erfüllung einer solchen sittlichen oder selbst bürgerlichrechtlichen Pflicht reicht nicht aus, ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 165 RVO. zu begründen, welches nicht nur Dienstbereitschaft, sondern vor allem mindestens die Möglichkeit der Dienstleistung voraussetzt. Danach halten wir den Anspruch auf Kassenleistungen nicht nur für die Zeit vor dem 1. Dezember, sondern auch für die Zeit von da ab für unbegründet.

Erwerb eines Grundstücks zu Verwaltungszwecken durch einen Kassenverband.

2. Nach L. Antwort: Weder das Gesetz noch die Satzung steht dem Erwerb eines Grundstücks durch den Kassenverband entgegen. Daraus, daß weder im § 407 RVO. noch im § 2 der Verbandssatzung davon die Rede ist, kann nichts gefolgert werden. Denn dort werden nur die Verbandszwecke umschrieben und zu diesen Zwecken gehört freilich der Erwerb eines Grundstücks nicht; wohl aber gehört er, wie die Anschaffung vieler anderer Sachen, zu den Mitteln, deren die Kasse sich zur Erreichung ihrer satzungsmäßigen Zwecke bedienen darf, soweit nicht eine gesetzliche Vorschrift entgegensteht. Daß der Verband an sich ein Grundstück erwerben

Digitized by Google

kann, folgt aus seiner Rechtsfähigkeit (§ 408 Abs. 2 mit § 4 RVO.); daß er ein solches zu Verwaltungszwecken erwerben darf, folgt gleichfalls aus § 408 Abs. 2 in Verbindung mit § 25 Abs. 1 RVO. Damit erledigen sich die Punkte 1 bis 7 Ihres Schreibens. Punkt 8 ist nicht recht verständlich. Denn es handelt sich bei dem Erwerb eines Grundstückes nicht um die Anlegung von Kassen- oder Verbandsvermögen, wobei die Frage der Mündelsicherheit zu erwägen wäre (§ 26 RVO.), sondern es handelt sich um Verwendung von Verbandsmitteln oder von Mitteln der verbundenen Kassen für einen an sich zulässigen Zweck. Daß dabei nicht gesetzwidrig verfahren, z. B. die Rücklage angegriffen wird, darauf zu achten ist Sache der Aufsichtsbehörde.

Versicherungspflicht der in einer Genossenschaft zusammenarbeitenden Metzgermeister?

3. **Nach Cöln a. Rh.** Frage: Die Stadtverwaltung hat veranlaßt, daß die in ihrem Bezirk wohnenden Schweinemetzgermeister zu einer Genossenschaft m. b. H. sich zusammengetan haben, um durch die Genossenschaftsmitglieder die Anfertigung von Wurst aus dem von der Stadt gelieferten Fleischmaterial herzustellen. Sie erhalten pro Stunde 1,20 ℳ. Wir bitten um Auskunft, ob die Metzgermeister der Krankenversicherungspflicht unterliegen oder nicht.

Antwort: Die Genossenschaft hat selbständige Rechtspersönlichkeit. Die einzelnen Mitglieder können daher an sich sehr wohl als Angestellte oder Arbeiter in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zur Genossenschaft treten. Aber im Gebiete der Sozialversicherung ist entscheidendes Gewicht weniger auf die privatrechtliche, als auf die wirtschaftliche Natur des Verhältnisses zu legen; und im vorliegenden Falle ist die genossenschaftliche Vereinigung der selbständigen Meister offenbar nur eine besondere Form, in der sie ihr selbständiges Gewerbe zusammenwirkend ausüben. Wir verneinen daher die Versicherungspflicht.

Unfallzuschuß einer knappschaftlichen Krankenkasse bei Krankenhauspflege.

4. **Nach H. a. Rh.** Antwort: Die Knappschaftsberufsgenossenschaft hat der Knappschaftskrankenkasse nach § 576 RVO. nur das zu ersetzen, was die Kasse nach § 573 über die Pflicht hinaus, die sie sonst nach Gesetz oder Satzung hat, gewähren muß. Da der ledige Verletzte von der Kasse im Krankenhause verpflegt worden ist und Angehörige von seinem Arbeitsverdienst nicht unterhalten hat, kommt für ihn weder ein Krankengeld noch ein Hausgeld und folglich auch ein Unfallzuschuß nach § 573 nicht in Frage. (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 707). Allerdings ist auch das sogen. Taschengeld, das die Satzung nach § 194 Ziff. 2 RVO. Versicherten, für die kein Hausgeld zu zahlen ist, zubilligt, ein Krankengeld und deshalb gegebenenfalls nach § 573 zu erhöhen. Allein ein solches Taschengeld billigt die Satzung der Knappschaftskrankenkasse nicht zu. Sie bestimmt zwar im § 19: „Den in einem Krankenhause untergebrachten Mitgliedern, welche nicht den Unterhalt von Angehörigen zu bestreiten haben, soll der durch die Unterbringung im Krankenhause nicht verbrauchte überschießende Teil des Krankengeldes gezahlt werden." Zunächst ist hiernach die dem Kranken zu gewährende Leistung ganz unbestimmt und von zufälligen Umständen des einzelnen Falles abhängig, während das Krankengeld begrifflich immer ein bestimmter Bruchteil des Grundlohns ist. Überdies aber ist § 19 der Satzung als Sollvorschrift gefaßt, so daß die Gewährung nicht zwingend vorgeschrieben, sondern in das Ermessen der Kasse gestellt ist und man jedenfalls nicht sagen kann, daß die Kasse diese Leistung überhaupt und insbesondere einen Unfallzuschuß zu ihr gewähren muß, wie die Ersatzpflicht nach § 576 voraussetzt. Nach alledem ist irgendein Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft nicht begründet.

Portofreie Übersendung der 4/5 Arbeitgeberbeiträge (§ 518 RVO.) an die Ersatzkasse.

5. **Nach N. i. Sa.** Wir haben bereits in der ArbVers. 1916 S. 694 Ziffer 6 ausgeführt, daß die Krankenkasse die 4/5 der Arbeitgeberbeiträge, die nach § 518 RVO. den Ersatzkassen gebühren, diese portofrei übersenden müssen. Wir haben dort unsern Standpunkt auch begründet und sehen keinen Anlaß, ihn aufzugeben. Es ist uns nicht unbekannt, daß die Krankenkassen die Vorschrift des § 518 vielfach mit Recht als eine Belastung empfinden; aber gerade der Aufwand an Porto dürfte wohl hierbei eine verhältnismäßig geringe Rolle spielen, und vor allem ist die unseres Erachtens aus dem Gesetze selbst zu entnehmende Pflicht kostenfreier Übersendung zu erfüllen, auch wenn sie als unbillig empfunden wird.

Kosten für die Unterbringung einer versicherten Wöchnerin und ihres Kindes im Krankenhaus.

6. **Nach Fürstenwalde.** Antwort: Die Kasse ist nicht verpflichtet, dem Krankenhaus die Verpflegungskosten für das Kind der bei ihr versicherten Wöchnerin zu erstatten. Sie selbst kann von jenen Kassen, denen die Wöchnerin während des letzten Jahres angehört hat, Erstattung des Wochengeldes nach Maßgabe des § 197 RVO. und nach § 9 der Bek. v. 28. Januar 1915 auch der übrigen Leistungen der Kriegswochenhilfe, die sie aus eigenen Mitteln leisten muß — Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 § 8 (Entbindungsbeitrag von 25 ℳ, Beihilfe bis zu 10 ℳ bei Schwangerschafts-Beschwerden, Stillgeld) — verlangen. Bei dieser Ersatzforderung ist der Betrag von 25 ℳ zugrunde zu legen, nicht der Betrag der Kosten, die der leistenden Kasse durch Gewährung geburtshilflicher Behandlung tatsächlich entstanden sind. Die Erstattung erstreckt sich auch nicht auf die Kosten, die ihr infolge der Erkrankung der Wöchnerin bei der Entbindung — des Dammrisses — über den Betrag von 25 ℳ hinaus erwachsen. Anteilmäßiger Ersatz des Betrages des Wochengeldes kann auch dann verlangt werden, wenn an dessen Stelle Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewährt worden ist (§§ 197, 196 RVO.). Dagegen besteht daneben kein Anspruch auf anteilmäßige Erstattung des Hausgeldes, das neben Krankenhausbehandlung gewährt worden ist. Der Erstattungsanspruch bezieht sich nur auf die Wochen-, nicht auf die Krankenhilfe.

Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags wegen höherer Erkrankungsgefahr (§ 384 Abs. 1 RVO.)

7. **K. in R.** Antwort: Nach § 384 Abs. 1 RVO. kann die Kasse auf Grund einer entsprechenden Satzungsbestimmung die Beitragsteile des Arbeitgebers für einen einzelnen Betrieb höher bemessen, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist. Dabei ist nur an die höhere Erkrankungsgefahr zu denken, die in den besonderen Betriebsverhältnissen, wie z. B. in der ungesunden Lage oder in der Beschaffenheit der Betriebsräume oder der Betriebsmittel begründet ist (Hahn, Anm. 1b Abs. 3 zu § 384). Solche Verhältnisse sind nach dem Gutachten des Gewerbeinspektors nicht gegeben. Die ungünstige Lage des Werks aber im Verhältnis zu den Wohnungen der Arbeiter hat mit den für die Erkrankungsgefahr ursächlichen Betriebsverhältnissen nichts zu tun. Dieser Umstand erhöht nicht die Erkrankungsgefahr, sondern

Digitized by Google

erschwert nur die Krankenaufsicht; und wenn er selbst die Erkrankungsgefahr steigerte, so würde nicht der Betrieb dafür verantwortlich zu machen, sondern die Ursache in privaten Verhältnissen der Arbeiter zu suchen und zu finden sein. Wir halten also die Voraussetzung des § 384 Abs. 1 nicht für gegeben.

Wäre sie gegeben, so könnten die Beitragsteile des Arbeitgebers nur in dem Verhältnis höher bemessen werden, das der höheren Erkrankungsgefahr entspricht. Es müßten also, unter Außerachtlassung aller anderen in der Anfrage erwähnten Momente, die Erkrankungen der betreffenden Arbeiter mit denen der übrigen Kassenmitglieder verglichen werden, und zwar sowohl die Zahl der Krankheitsfälle als auch die in der Dauer und im Gesamtaufwand an Krankheitskosten sich ausdrückende Schwere der einzelnen Fälle. Rechnerisch völlig genaue Feststellung ist weder erforderlich noch wird sie möglich sein, namentlich wenn man in Betracht zieht, daß der ursächliche Zusammenhang der Einzelfälle mit den gefährlichen Besonderheiten des Betriebes nicht immer gegeben und vor allem nicht immer festzustellen sein wird. Es hätte also eine billige ungefähre Schätzung einzutreten, die der Zustimmung des Oberversicherungsamts nach § 384 Abs. 4 bedürfte.

Zur Rechtslage der Versicherungsträger, wenn der Beitragsschuldner unter Geschäftsaufsicht steht.

8. **Nach Berlin-Tempelhof.** Berichtigung: Unsere Auskunft im Heft 7 S. 167 Ziff. 2 trifft nur zu hinsichtlich solcher Beiträge, die seit mehr als einem Jahre vor der Anordnung der Geschäftsaufsicht rückständig sind. Im übrigen werden die Beitragsforderungen, als bevorrechtigte, vom Verfahren nicht betroffen, und es ist deshalb auch während der Geschäftsaufsicht die Zwangsvollstreckung in das Vermögen des Schuldners zulässig (§ 6 Abs. 2 und § 13 Ziff. 5 der Bek. vom 14. Dezember 1916).

Einfluß des Ausleihens eines Arbeiters auf die Kassenmitgliedschaft.

9. **Nach Grimma.** Antwort: Da der Arbeiter in einem ständigen Beschäftigungsverhältnis stand und von seinem Arbeitgeber nur auf die von vornherein beschränkte Dauer von 4 Tagen gleichsam leihweise einem anderen überlassen wurde, so ist er trotz der Übernahme der anderen Arbeit Mitglied seiner alten Kasse geblieben. Wenn er auch tatsächlich während der 4 Tage für seinen alten Arbeitgeber nicht tätig gewesen ist, so ist diese Unterbrechung doch so kurz gewesen, daß das alte Beschäftigungsverhältnis als fortdauernd angesehen werden muß; er sollte dort seine Tätigkeit in der bisherigen Weise wieder aufnehmen, sobald, wie vorgesehen, die Beschäftigung nach 4 Tagen in B. aufhörte. Daß er hierfür eine besondere Vergütung erhielt, brachte das alte Beschäftigungsverhältnis nicht zum Erlöschen (vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2c zu § 13, Anm. 21 zu § 165 und Anm. 1a zu § 309). Da nun der Arbeiter Mitglied seiner alten Kasse geblieben und an dem Orte, an dem er damals tatsächlich wohnte, erkrankt ist, so mußte sie ihm auch dort, wenigstens zunächst, Krankenhilfe gewähren, und er konnte auch die Kasse in D., die für B., den Ort seines vorübergehenden Aufenthaltes, zuständig war, in Anspruch nehmen. Das durfte er aber nur, solange er seines Zustandes wegen nicht nach seinem eigentlichen Wohnort zurückkehren konnte (§ 420 RVO.). Darum muß seine Kasse die Kosten für die erste ärztliche Behandlung, die durch die Dringlichkeit des Falles bedingt war, also die Kosten des Verbandes unmittelbar nach dem Unfall, übernehmen. Nach Anlegung des ersten Verbandes hätte er sich aber an seinen Wohnort zurückbegeben können, denn es handelte sich nur um die Verletzung eines Fingers. Darum kann die alte Kasse die Kosten der weiteren Behandlung ablehnen. Anders dürfte die Rechtslage in dem zweiten Falle zu beurteilen sein. Die hier in Aussicht genommene Beschäftigung von 14 Tagen erscheint so erheblich, daß sie die Pflichtmitgliedschaft bei der Kasse in D. begründet und diejenige bei der alten Kasse zum Erlöschen bringt.

Verpflichtung der dem Berliner Abkommen beigetretenen Kassen zur Zahlung des Fünfpfennig-Zuschlags.

10. **Nach Salzwedel.** Antwort: Wir wären Ihnen sehr verbunden, wenn Sie uns nachwiesen, wann und wo in unserem Blatte die Ansicht vertreten worden ist, daß Beiträge zu den Arztabfindungen nach dem „Berliner Abkommen" mit Ablauf des Jahres 1916 aufhören. Das Abkommen gilt nach Ziff. 13 bis zum 31. Dezember 1923, und bis dahin sind die Kassen, die dem Abkommen beigetreten sind, an seine Bestimmungen, also auch an die aus Ziff. 11 sich ergebende Verpflichtung zur Abführung des Fünfpfennig-Zuschlags (vgl. Erlaß des preuß. Handelm. v. 17. Februar 1914, HMBl. S. 87) gebunden, solange nicht alle in Betracht kommenden Ärzte abgefunden sind.

Kriegswochenhilfe für die Ehefrau eines Militärrentners.

11. **Nach Straubing.** Antwort: Gemäß § 1 Bek. vom 3. Dezember 1914 besteht ein Anspruch auf Kriegswochenhilfe auch dann, wenn der Ehemann an der Weiterleistung der Kriegsdienste oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Verwundung oder Erkrankung verhindert ist. Es ist also nicht erforderlich, daß die Entbindung bereits während der Kriegsdienste erfolgte oder die Ehe bereits während der Kriegsdienste bestand; es genügt, daß zur Zeit der Niederkunft die Ehe bestand und der Ehemann in der bezeichneten Art verhindert war. In dem geschilderten Falle kann also die Kriegswochenhilfe beansprucht werden, wenn der Ehemann infolge seiner durch den Krieg veranlaßten Verwundung oder Erkrankung eine Erwerbstätigkeit nicht wieder aufnehmen kann. Besteht aber Erwerbsfähigkeit, so ist der Anspruch auch beim Bezuge einer Militärrente ausgeschlossen.

Macht eine Aushilfsbeschäftigung einen pensionierten Beamten krankenversicherungspflichtig?

12. **Nach Karlsruhe.** Frage: Bei einem Postamt des Kassenbezirks ist ein pensionierter Postsekretär, der ein Ruhegehalt von 3100 ℳ bezieht, zur Aushilfe im Beamtendienst gegen einen Tagelohn von 4 ℳ beschäftigt; er versieht den Dienst eines Betriebsbeamten. Ist dieser Aushilfsbeamte nach § 165 Abs. 2 RVO. krankenversicherungspflichtig?

Antwort: Die Tätigkeit eines Betriebsbeamten ist nur dann krankenversicherungspflichtig, wenn sie seinen Hauptberuf bildet. Das besagt, daß sie für ihn auch in wirtschaftlicher Beziehung von entscheidender Bedeutung sein muß. Sie ist es aber nicht, wenn sie dem Beschäftigten nur ein Nebeneinkommen gewährt und er sich auch ohne sie in gesicherter Lebensstellung befindet. Das darf man aber bei

Digitized by Google

einem pensionierten Postsekretär annehmen, der ein Ruhegehalt von 3100 ℳ bezieht. Neben diesem Betrage fallen die Tagegelder von 4 ℳ nicht so ins Gewicht, daß sie für die gesellschaftliche und die wirtschaftliche Stellung des Beschäftigten ausschlaggebend wären. Daß nur eine einzige Tätigkeit ausgeübt wird, macht diese noch nicht zum Hauptberuf. Daher ist die Versicherungspflicht in dem geschilderten Falle zu verneinen. Vgl. hierzu die Entscheidungen des RVA. und des Oberschiedsgerichts f. Angest.-Vers. in der „ArbVers." 1915 S. 589 und 1916 S. 297, sowie die Auskunft in „ArbVers." 1916 S. 478 Ziff. 1.

Krankenversicherungspflicht eines als Hilfskassendiener bei einer Sparkasse beschäftigten früheren Kriminalschutzmanns.

13. Nach Berlin. Frage: Ist ein früherer Kriminalschutzmann, der mit dem Titel Polizeiwachtmeister in den Ruhestand getreten ist und als solcher eine jährliche Pension von 1620 ℳ bezieht, krankenversicherungspflichtig, wenn er als Hilfskassendiener in einer Sparkasse gegen ein monatliches Gehalt von 125 ℳ tätig ist?

Antwort: Maßgebend für die Frage der Versicherungspflicht ist nicht die frühere Stellung, sondern die gegenwärtige Beschäftigung. Ein Hilfskassendiener bei einer Sparkasse gehört nicht im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. zu den gehobenen Angestellten, bei denen es darauf ankäme, ob diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet (zu vgl. über diese Frage: Arb.Vers. 1915 S. 589, 1916 S. 297, S. 478 Ziff. 1); sondern der Hilfskassendiener fällt als „Gehilfe" unter Ziff. 1 a. a. O. und ist unter allen Umständen versicherungspflichtig.

Nebenamtliche Beschäftigung eines Kassenangestellten bei einer anderen Kasse. — Gemeinsame Bestreitung sächlicher Betriebskosten zweier Kassen.

14. Nach St. Frage: Die hiesige Landkrankenkasse und die Allgemeine Ortskrankenkasse unterhalten zwecks Vereinfachung des Geschäftsbetriebs eine gemeinschaftliche Geschäftsstelle. Ein Kassenverband ist nicht errichtet und soll auch nicht errichtet werden. Bei der Landkrankenkasse ist ein Geschäftsführer und ein Gehilfe, bei der Ortskrankenkasse ein Rendant angestellt worden.

a) Ist es nun zulässig, daß der genannte Geschäftsführer die Aufsicht usw. über beide Kassen führt unter Übertragung der Vertretungsmacht in den bekannten Fällen seitens der beiden Vorsitzenden und ist es statthaft, daß der Rendant die reinen Kassiergeschäfte (Annahme von Beiträgen, Auszahlung von Krankengeldern usw. nach Anweisung) für beide Kassen versieht?

b) Darf die Ortskrankenkasse dem Geschäftsführer und die Landkrankenkasse dem Rendanten hierfür eine Entschädigung in Aussicht stellen?

c) Ist es angängig, daß die Geschäftsunkosten (Schreibmaterialien, Miete, Heizung, Beleuchtung und Reinigung der Kassenräume usw. ausschließlich Gehälter) im Umlageverfahren gedeckt werden, und zwar nach dem Verhältnis der durchschnittlichen Mitgliederzahl der beiden Kassen?

Antwort: Die Zulässigkeit der in den beiden ersten Fragen bezeichneten Regelung erscheint uns unbedenklich, wenn entweder Dienstordnungen überhaupt noch nicht erlassen sind oder wenn die Dienstordnungen keine Bestimmung enthalten, die der nebenamtlichen Beschäftigung der beiden Angestellten entgegensteht. Denn im Grunde handelt es sich nur darum, daß der Geschäftsführer der einen und der Rendant der anderen Kasse je gewisse Geschäfte bei der Kasse der anderen Art im Nebenamt übernehmen sollen, und dem steht jedenfalls eine gesetzliche Vorschrift nicht entgegen. Eine Vereinbarung der beiden Kassen kommt dabei nicht in Frage. — Auch die dritte Frage ist zu bejahen. Das folgt aus der allgemeinen Rechtsfähigkeit der beiden Kassen (§ 4 RVO.), die ihnen auch die rechtliche Möglichkeit gibt, sich zur Erreichung eines gemeinsamen Zweckes, nämlich zur Bestreitung ihrer sächlichen Betriebsunkosten durch vereinbarte Beiträge, in der angegebenen Art zu verbinden (§§ 705 ff. BGB.). Die hierüber zu treffende Vereinbarung bedarf aber der Zustimmung der beiden Kassenausschüsse (§ 345 Abs. 2 Ziff. 4).

Die Anmeldepflicht erledigt sich, wenn die Kasse durch ein Streitverfahren die erforderliche Kenntnis erlangt hat.

15. Nach W. Antwort: Wir halten die Auffassung des Oberversicherungsamts für richtig. Das RVA. hat angenommen, daß die Pflicht des Arbeitgebers zur Abmeldung sich erledigt, wenn die Kasse auf andere Art, insbesondere z. B. durch ein Streitverfahren aus § 405 Abs. 2 RVO., von der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses solche Kenntnis erlangt, daß sie in der Lage ist, ihre Register zu berichtigen (ArbVers. 1916 S. 58; vgl. auch S. 570 und 1917 S. 16). Das gleiche muß gelten, wenn der Arbeitgeber die Anmeldung unterlassen hat, weil er die Versicherungspflicht bestritt, und diese dann im Streitverfahren festgestellt worden ist, wodurch die Kasse von allem Kenntnis erlangt hat, was ihr der Regel nach durch eine formelle Anmeldung anzuzeigen ist. Dann noch auf einer solchen Anmeldung zu bestehen und den Arbeitgeber zu bestrafen, wenn er sie nicht erstattet, ist nicht gerechtfertigt; denn die Anmeldung ist doch nicht Selbitzweck, sondern soll einem Zwecke dienen, der im gegebenen Falle tatsächlich bereits erfüllt ist. Ihr Einwand, daß es dann der Meldepflichtige in der Hand habe durch Antrag auf Entscheidung sich Straffreiheit zu sichern, ist nicht begründet. Denn wenn der Arbeitgeber die Versicherungspflicht ganz grundlos bestritten hätte, so würde jedenfalls eine schuldhafte Versäumung der Anmeldung anzunehmen und die Strafe aus § 530 RVO. verwirkt sein, nicht deshalb, weil er die Anmeldung auch nach der Entscheidung nicht erstattet, sondern weil er die Anmeldefrist versäumt hat (zu vgl. hierüber Hahn, Anm. 2d zu § 530).

Kassenzugehörigkeit der Angestellten von Molkereigenossenschaften.

16. Nach Lauterbach. Antwort: Ein Betrieb, der nicht selbst die landwirtschaftlichen Erzeugnisse gewinnt, sondern nur verarbeitet, ist kein landwirtschaftlicher, sondern ein gewerblicher. Das wird in der Regel für die Molkereigenossenschaften zutreffen. Ihnen müssen die Genossen die Milch, die diese in ihrem eigenen Betriebe gewonnen haben, zur Veräußerung und Verarbeitung liefern. Die Genossenschaften sind selbständige Rechtssubjekte, und darum kommt hier nicht in Frage, welcher Art die Betriebe der einzelnen Genossen sind. Demnach gelten die Angestellten solcher Molkereigenossenschaften nicht als in der Landwirtschaft beschäftigt und gehören somit nicht der Land-, sondern der Allgemeinen Ortskrankenkasse an.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Sechste Kriegsanleihe.

5% Deutsche Reichsanleihe,
4½% Deutsche Reichsschatzanweisungen,
auslosbar mit 110% bis 120%.

Zur Bestreitung der durch den Krieg erwachsenen Ausgaben werden weitere 5% Schuldverschreibungen des Reichs und 4½% Reichsschatzanweisungen hiermit zur öffentlichen Zeichnung aufgelegt.

Das Reich darf die Schuldverschreibungen frühestens zum 1. Oktober 1924 kündigen und kann daher auch ihren Zinsfuß vorher nicht herabsetzen. Sollte das Reich nach diesem Zeitpunkt eine Ermäßigung des Zinsfußes beabsichtigen, so muß es die Schuldverschreibungen kündigen und den Inhabern die Rückzahlung zum vollen Nennwert anbieten. Das gleiche gilt auch hinsichtlich der früheren Anleihen. Die Inhaber können über die Schuldverschreibungen und Schatzanweisungen wie über jedes andere Wertpapier jederzeit (durch Verkauf, Verpfändung usw.) verfügen.

Die Bestimmungen über die Schuldverschreibungen finden auf die Schuldbuchforderungen entsprechende Anwendung.

Bedingungen.

1. Annahmestellen.

Zeichnungsstelle ist die Reichsbank.

Zeichnungen werden

von Donnerstag, den 15. März, bis Montag, den 16. April 1917, mittags 1 Uhr

bei dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin (Postscheckkonto Berlin Nr. 99) und bei allen Zweiganstalten der Reichsbank mit Kasseneinrichtung entgegengenommen. Die Zeichnungen können auch durch Vermittlung der Königlichen Seehandlung (Preußischen Staatsbank), der Preußischen Central-Genossenschaftskasse in Berlin, der Königlichen Hauptbank in Nürnberg und ihrer Zweiganstalten, sowie sämtlicher Banken, Bankiers und ihrer Filialen, sämtlicher öffentlichen Sparkassen und ihrer Verbände, jeder Lebensversicherungsgesellschaft, jeder Kreditgenossenschaft und jeder Postanstalt erfolgen. Wegen der Postzeichnungen siehe Ziffer 7.

Zeichnungsscheine sind bei allen vorgenannten Stellen zu haben. Die Zeichnungen können aber auch ohne Verwendung von Zeichnungsscheinen brieflich erfolgen.

2. Einteilung. Zinsenlauf.

Die Schuldverschreibungen sind in Stücken von 20 000, 10 000, 5000, 2000, 1000, 500, 200 und 100 Mark mit Zinsscheinen, zahlbar am 2. Januar und 1. Juli jedes Jahres, ausgefertigt. Der Zinsenlauf beginnt am 1. Juli 1917, der erste Zinsschein ist am 2. Januar 1918 fällig.

Die Schatzanweisungen sind in Gruppen eingeteilt und in Stücken zu 20 000, 10 000, 5000, 2000 und 1000 Mark mit dem gleichen Zinsenlauf und den gleichen Zinsterminen wie die Schuldverschreibungen ausgefertigt. Welcher Gruppe die einzelne Schatzanweisung angehört, ist aus ihrem Text ersichtlich.

3. Einlösung der Schatzanweisungen.

Die Schatzanweisungen werden zur Einlösung in Gruppen im Januar und Juli jeden Jahres, erstmals im Januar 1918, ausgelost und an dem auf die Auslosung folgenden 1. Juli oder 2. Januar mit 110 Mark für je 100 Mark Nennwert zurückgezahlt. Es werden jeweils so viele Gruppen ausgelost, als dies dem planmäßig zu tilgenden Betrage von Schatzanweisungen entspricht.

Die nicht ausgelosten Schatzanweisungen sind seitens des Reichs bis zum 1. Juli 1927 unkündbar. Frühestens auf diesen Zeitpunkt ist das Reich berechtigt, sie zur Rückzahlung zum Nennwert zu kündigen, jedoch dürfen die Inhaber alsdann statt der Barrückzahlung 4%ige, bei der ferneren Auslosung mit 115 Mark für je 100 Mark Nennwert rückzahlbare, im übrigen den gleichen Tilgungsbedingungen unterliegende Schatzanweisungen fordern. Frühestens 10 Jahre nach der ersten Kündigung ist das Reich wieder berechtigt, die dann noch unverlosten Schatzanweisungen zur Rückzahlung zum Nennwert zu kündigen, jedoch dürfen alsdann die Inhaber statt der Barzahlung 3½%ige mit 120 Mark für je 100 Mark Nennwert rückzahlbare, im übrigen den gleichen Tilgungsbedingungen unterliegende Schatzanweisungen fordern. Eine weitere Kündigung ist nicht zulässig. Die Kündigungen müssen spätestens sechs Monate vor der Rückzahlung und dürfen nur auf einen Zinstermin erfolgen.

Für die Verzinsung der Schatzanweisungen und ihre Tilgung durch Auslosung werden jährlich 5% vom Nennwert ihres ursprünglichen Betrages aufgewendet. Die ersparten

Digitized by Google

Zinsen von den ausgelosten Schatzanweisungen werden zur Einlösung mitverwendet. Die auf Grund der Kündigungen vom Reiche zum Nennwert zurückgezahlten Schatzanweisungen nehmen für Rechnung des Reichs weiterhin an der Verzinsung und Auslosung teil.

Am 1. Juli 1967 werden die bis dahin etwa nicht ausgelosten Schatzanweisungen mit dem alsdann für die Rückzahlung der ausgelosten Schatzanweisungen maßgebenden Betrage (110%, 115% oder 120%) zurückgezahlt.

4. Zeichnungspreis.

Der Zeichnungspreis beträgt:

für die 5% Reichsanleihe, wenn Stücke verlangt werden . . . . 98,— Mark,

für die 5% Reichsanleihe, wenn Eintragung in das Reichsschuldbuch mit Sperre bis zum 15. April 1918 beantragt wird . . . . . 97,80 Mark,

für die 4½% Reichsschatzanweisungen. . 98,— Mark

für je 100 Mark Nennwert unter Verrechnung der üblichen Stückzinsen.

5. Zuteilung. Stückelung.

Die Zuteilung findet tunlichst bald nach dem Zeichnungsschluß statt. Die bis zur Zuteilung schon bezahlten Beträge gelten als voll zugeteilt. Im übrigen entscheidet die Zeichnungsstelle über die Höhe der Zuteilung. Besondere Wünsche wegen der Stückelung sind in dem dafür vorgesehenen Raum auf der Vorderseite des Zeichnungsscheines anzugeben. Werden derartige Wünsche nicht zum Ausdruck gebracht, so wird die Stückelung von den Vermittlungsstellen nach ihrem Ermessen vorgenommen. Späteren Anträgen auf Abänderung der Stückelung kann nicht stattgegeben werden.*

*Zu allen Schatzanweisungen sowohl wie zu den Stücken der Reichsanleihe von 1000 Mark und mehr werden auf Antrag vom Reichsbank-Direktorium ausgestellte Zwischenscheine ausgegeben, über deren Umtausch in endgültige Stücke das Erforderliche später öffentlich bekannt gemacht wird. Die Stücke unter 1000 Mark, zu denen Zwischenscheine nicht vorgesehen sind, werden mit möglichster Beschleunigung fertiggestellt und voraussichtlich im September d. J. ausgegeben werden.

6. Einzahlungen.

Die Zeichner können die gezeichneten Beträge vom 31. März d. J. an voll bezahlen. Die Verzinsung etwa schon vor diesem Tage bezahlter Beträge erfolgt gleichfalls erst vom 31. März ab.

Die Zeichner sind verpflichtet:

30% des zugeteilten Betrages spätestens am 27. April d. J.,

20% des zugeteilten Betrages spätestens am 24. Mai d. J.,

25% des zugeteilten Betrages spätestens am 21. Juni d. J.,

25% des zugeteilten Betrages spätestens am 18. Juli d. J.

zu bezahlen. Frühere Teilzahlungen sind zulässig, jedoch nur in runden, durch 100 teilbaren Beträgen des Nennwerts. Auch auf die kleinen Zeichnungen sind Teilzahlungen jederzeit, indes nur in runden durch 100 teilbaren Beträgen des Nennwerts gestattet; doch braucht die Zahlung erst geleistet zu werden, wenn die Summe der fällig gewordenen Teilbeträge wenigstens 100 Mark ergibt.

Die Zahlung hat bei derselben Stelle zu erfolgen, bei der die Zeichnung angemeldet worden ist.

Die im Laufe befindlichen unverzinslichen Schatzscheine des Reichs werden — unter Abzug von 5% Diskont vom Zahlungstage, frühestens aber vom 31. März ab, bis zum Tage ihrer Fälligkeit — in Zahlung genommen.

7. Postzeichnungen.

Die Postanstalten nehmen nur Zeichnungen auf die 5% Reichsanleihe entgegen. Auf diese Zeichnungen kann die Vollzahlung am 31. März, sie muß aber spätestens am 27. April geleistet werden. Auf bis zum 31. März geleistete Vollzahlungen werden Zinsen für 90 Tage, auf alle anderen Vollzahlungen bis zum 27. April, auch wenn sie vor diesem Tage geleistet werden, Zinsen für 63 Tage vergütet.

8. Umtausch.

Den Zeichnern neuer 4½% Schatzanweisungen ist es gestattet, daneben Schuldverschreibungen und Schatzanweisungen der früheren Kriegsanleihen in neue 4½% Schatzanweisungen umzutauschen, jedoch kann jeder Zeichner höchstens doppelt so viel alte Anleihen (nach dem Nennwert) zum Umtausch anmelden, wie er neue Schatzanweisungen gezeichnet hat. Die Umtauschanträge sind innerhalb der Zeichnungsfrist bei derjenigen Zeichnungs- und Vermittelungsstelle, bei der die Schatzanweisungen gezeichnet worden sind, zu stellen. Die alten Stücke sind bis zum 24. Mai 1917 bei der genannten Stelle einzureichen. Die Einreicher der Umtauschstücke erhalten zunächst Zwischenscheine zu den neuen Schatzanweisungen.

Die 5% Schuldverschreibungen aller vorangegangenen Kriegsanleihen werden ohne Aufgeld gegen die neuen Schatzanweisungen umgetauscht. Die Einlieferer von 5% Schatzanweisungen der ersten Kriegsanleihe erhalten eine Vergütung von M. 1,50, die Einlieferer von 5% Schatzanweisungen der zweiten Kriegsanleihe eine Vergütung von M. 0,50 für je 100 Mark Nennwert. Die Einlieferer von 4½% Schatzanweisungen der vierten und fünften Kriegsanleihe haben M. 3,— für je 100 Mark Nennwert zuzuzahlen.

Die mit Januar/Juli-Zinsen ausgestatteten Stücke sind mit Zinsscheinen, die am 2. Januar 1918 fällig sind, die mit April/Oktober-Zinsen ausgestatteten Stücke mit Zinsscheinen, die am 1. Oktober 1917 fällig sind, einzureichen. Der Umtausch erfolgt mit Wirkung vom 1. Juli 1917, so daß die Einlieferer von April/Oktober-Stücken auf ihre alten Anleihen Stückzinsen für ¼ Jahr vergütet erhalten.

Sollen Schuldbuchforderungen zum Umtausch verwendet werden, so ist zuvor ein Antrag auf Ausreichung von Schuldverschreiaungen an die Reichsschuldenverwaltung (Berlin SW. 68, Oranienstraße 92/94) zu richten. Der Antrag muß einen auf den Umtausch hinweisenden Vermerk enthalten und spätestens bis zum 20. April d. J.

Digitized by Google

bei der Reichsschuldenverwaltung eingehen. Daraufhin werden Schuldverschreibungen, die nur für den Umtausch in Reichsschatzanweisungen geeignet sind, ohne Zinsscheinbogen ausgereicht. Für die Ausreichung werden Gebühren nicht erhoben. Eine Zeichnungssperre steht dem Umtausch nicht entgegen. Die Schuldverschreibungen sind bis zum 24. Mai 1917 bei den in Absatz 1 genannten Zeichnungs- oder Vermittlungsstellen einzureichen.

* Die zugeteilten Stücke sämtlicher Kriegsanleihen werden auf Antrag der Zeichner von dem Kontor der Reichshauptbank für Wertpapiere in Berlin nach Maßgabe seiner für die Niederlegung geltenden Bedingungen bis zum 1. Oktober 1919 vollständig kostenfrei aufbewahrt und verwaltet. Eine Sperre wird durch diese Niederlegung nicht bedingt; der Zeichner kann sein Depot jederzeit — auch vor Ablauf dieser Frist — zurücknehmen. Die von dem Kontor für Wertpapiere ausgefertigten Depotscheine werden von den Darlehnskassen wie die Wertpapiere selbst beliehen. [776]

Berlin, im März 1917.

Reichsbank-Direktorium.
Havenstein. v. Grimm.

Zeichnet die sechste Kriegsanleihe.

Die Kriegsopfer für alle Völker abkürzen, hat Kaiserliche Großmut angeregt.

Nun die Friedenshand verschmäht ist, sei das deutsche Volk aufgerufen, den verblendeten Feinden mit neuem Kraftbeweis zu offenbaren, daß deutsche Wirtschaftsstärke, deutscher Opferwille unzerbrechlich sind und bleiben.

Deutschlands heldenhafte Söhne und Waffenbrüder halten unerschütterlich die Wacht. An ihrer Tapferkeit wird der frevelhafte Vernichtungswille unserer Feinde zerschellen. Deren Hoffen auf ein Müdewerden daheim aber muß jetzt durch die neue Kriegsanleihe vernichtet werden.

Fest und sicher ruhen unsere Kriegsanleihen auf dem ehernen Grunde des deutschen Volksvermögens und Einkommens, auf der deutschen Wirtschafts- und Gestaltungskraft, dem deutschen Fleiß, dem Geist von Heer, Flotte und Heimat, nicht zuletzt auf der von unsern Truppen erkämpften Kriegslage.

Was das deutsche Volk bisher in kraftbewußter Darbietung der Kriegsgelder vollbrachte, war eine Großtat von weltgeschichtlich strahlender Höhe.

Und wieder wird einträchtig und wetteifernd Stadt und Land, Arm und Reich, Groß und Klein Geld zu Geld und damit Kraft zu Kraft fügen — zum neuen wuchtigen Schlag.

Unbeschränkter Einsatz aller Waffen draußen,
aller Geldgewalt im Innern.
Machtvoll und hoffnungsfroh der Entscheidung entgegen!

Kleine Nachrichten. Seinen siebzigsten Geburtstag feierte am 11. März d. J. Herr Hermann Abraham in Berlin, der Begründer der bekannten Volks- und Mittelstandsküchen. Gereichten die Bestrebungen Abrahams schon in Friedenszeiten zum Segen der minderbemittelten Großstadtbevölkerung, so zeigt sich jetzt im Kriege erst recht, welch bedeutendes menschenfreundliches Werk der Jubilar geschaffen hat, der vielen Tausenden Armer und Notleidender für einen ganz geringen Betrag nahrhaftes und reichliches Mittagessen in den zahlreichen Küchen abgeben läßt. Möge der verdiente Mann noch lange Jahre segensreich wirken.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von J. Schmitz, fortgesetzt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1168 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. April 1917 | Heft 10

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung

Vom Städtischen Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

Im 33. Jahrgang der „Arbeiter-Versorgung" (1916) habe ich auf S. 457 ff., 483 ff., 505 ff. die seit Kriegsbeginn ergangenen Entscheidungen, Erlasse und Bescheide, sowie sonstige wichtige Erläuterungen zu den Kriegsgesetzen der Sozialversicherung und auf dem Gebiete der Anwendung der Reichsversicherungsordnung und des Angestelltenversicherungsgesetzes auf die durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse, soweit sie in der bis Anfang 1916 erschienenen Fachliteratur veröffentlicht waren, übersichtlich zusammengestellt. Weder die Gesetzgebung noch die Rechtsprechung sind inzwischen stillgestanden. Immer wieder tauchten neue Fragen auf, immer wieder hieß es, anderen Verhältnissen als denen, für die seinerzeit die Gesetze geschaffen worden waren, durch eine vom sozialen Geiste erfüllte Auslegung Rechnung zu tragen.

Auch die nunmehr abgeschlossen vorliegende Literatur des Jahres 1916 enthält wieder eine Fülle neuen wissenswerten Stoffes, dem als Ergänzung zu den früheren Abhandlungen die nachstehende Darstellung gewidmet sein soll.

A. Allgemeines.

I. Literatur.

a) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Fuisting: „Der Wohnort des Versicherten und die Zuständigkeit des Versicherungsamts" 1916 Sp. 658; Hoffmann: „Todeserklärung verschollener Kriegsteilnehmer" 1916 Sp. 344; Kaskel: „Die Ausstellung für soziale Fürsorge Brüssel 1916" 1916 Sp. 441; Manes: „Die englische Arbeiterversicherung im Kriege" 1916 Sp. 401.

b) **Die Betriebskrankenkasse:** Fuld: „Zivildienstpflicht und Sozialversicherung" 1916 S. 284.

c) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Kleeis: „Die Kriegshilfe der Sozialversicherung" 1916 Sp. 651.

d) **Der Versicherungsbote:** Schmittmann: „Die Versicherungspflicht der Kriegsbeschädigten" 1916 S. 110; Wimmer: „Kriegsinvalide oder Kriegsbeschädigte" 1916 S. 159.

e) **Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft:** Frankenberg: „Sozialversicherung und Wehrkraft" 1916 S. 363; Stier-Somlo: „Die Ausländer in der Sozialversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Kriegszeit" 1916 S. 285.

f) **Deutsche Juristenzeitung:** Hoffmann: „Die Todeserklärung Kriegsverschollener und die Sozialversicherung" 1916 S. 169.

II. Rechtsprechung und Verwaltung.

Von den für alle Gebiete der Sozialversicherung maßgebenden Fragen nahmen diejenigen nach der versicherungsrechtlichen Behandlung der Militärpersonen, der Kriegsbeschädigten und der feindlichen Ausländer die erste Stelle ein, Fragen, auf die jedoch erst bei den einzelnen Versicherungszweigen näher eingegangen werden kann. Hier seien nur die allgemeinen

Digitized by Google

Erlasse erwähnt, wie sie z. B. das preuß. Kriegsministerium unter dem 17. Mai 1916 über die versicherungsrechtliche Stellung der beurlaubten und kommandierten Kriegsteilnehmer („Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 675) und unter dem 16. Juni 1916 über das Verhältnis der Kriegsbeschädigten zur reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung (ArbVers. 1916 S. 750) ergehen ließ. Die in Deutschland lebenden russisch-polnischen Arbeiter sind, wie ein Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 2. Dezember 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 781) ausführt, seit dem 5. November 1916 dem Tage der Errichtung des Königreichs Polen, nicht mehr als feindliche Ausländer anzusehen und daher ohne Einschränkung versicherungspflichtig und versicherungsberechtigt.

Bedarf ein im Inland sich aufhaltender Versicherter feindlicher Staatsangehörigkeit wegen Minderjährigkeit der Aufstellung eines Pflegers, so ist dieser entsprechend einem Beschluß der 3. Zivilkammer des K. Landgerichts Hannover vom 14. Juni 1916 („Berufsgenossenschaft" 1916 S. 135) vom zuständigen Amtsgericht ohne weiteres zu ernennen und darf die Bestellung der Pflegschaft nicht mit dem Bemerken abgelehnt werden, daß sie Aufgabe der betreffenden zuständigen feindlichen Behörden sei.

Über die Zuständigkeit der Versicherungsämter zur Entgegennahme von Anträgen von Kriegsteilnehmern hat sich das Reichsversicherungsamt in Entscheidungen vom 8. Juli und 11. August 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 562; ArbVers. 1916 S. 678, 711) dahin geäußert, daß ein längerer Lazarettaufenthalt einen Wohnort im Sinne der §§ 1613, 1614, 1617, 1637 RVO. zu begründen vermöge; es hat daher in einer weiteren Entscheidung vom 30. September 1916 („Mainzer Zeitschrift" 27. Jahrg. S. 3) auch die längere Zugehörigkeit und Anwesenheit am Standorte eines Ersatztruppenteils als die Zuständigkeit des für diesen Standort errichteten Versicherungsamts begründend angesehen. Hiermit trat es nicht in Widerspruch mit seiner Entscheidung vom 30. November 1915 („Berufsgenossenschaft" 1916 S. 17), bei der es sich nur um einen kürzeren Aufenthalt des nun im Felde weilenden Versicherten am letzten inländischen Truppenstandort handelte.

Ansprüche, die von den Versicherten vor den Spruchbehörden der Reichsversicherung geltend gemacht werden, erklärt eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 7. Juli 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 775) als vermögensrechtliche Ansprüche im Sinne der Bekanntmachung vom 7. August 1915 über die Geltendmachung von Ansprüchen von Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz haben (RGBl. S. 366), weshalb bei vor Inkrafttreten dieser Bekanntmachung anhängig gewordenen Fällen, das Verfahren bis auf weiteres unterbrochen wird. Da die Einberufung zum Heeresdienst kein „unabwendbarer Zufall" im Sinne des § 131 RVO. ist, so kann aus einer hieraus entsprungenen Versäumnis einer Rechtsmittelfrist nach einer Entscheidung des Bayer. Landesversicherungsamts vom 5. Juni 1916 („Mitteilungen des Bayer. LVA. 1916 S. 235) kein Wiedereinsetzungsgrund abgeleitet werden.

B. Krankenversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiterversorgung:** Hahn: „Die Krankenversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten" 1916 S. 793; Hanow: „Wem gehört das von der Kasse zu gewährende Sterbegeld?" 1916 S. 453; Kleeis: „Das Einrücken der Ersatzmänner zu den Kassenorganen" 1916 S. 425; Schelhorn: „Der Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung" 1916 S. 529; Schricker: „Die Krankenversicherung der Kriegsteilnehmer bei Ersatzkassen" 1916 S. 673; Unbekannt: „Mehrleistungen der Krankenkassen während des Krieges" 1916 S. 820.

b) **Monatsblätter für Arbeiterversicherung:** „Recht und Rechtsübung auf dem Gebiete der Krankenversicherung mit Bezug auf den Krieg" 1917 S. 3.

c) **Monatsschrift für Arbeiter und Angestelltenversicherung:** Hoffmann: „Krankenversicherung und Kriegsteilnehmer" 1916 Sp. 487.

d) **Die Ortskrankenkasse:** Baum: „Die Krankenversicherung der Kriegsteilnehmer nach der Bekanntmachung vom 14. Juni 1916", 1916 Sp. 490; —: „Auskunfterteilung der Krankenkassen an die Militärbehörden" 1916 Sp. 721; Bernhardt: „Die Ver-

Digitized by Google

waltung der Krankenkassen und ihres Vermögens während des Krieges" 1916 Sp. 403; Cohn: „Weitere Abwälzung der Kosten für kranke und verwundete Kriegsteilnehmer auf die Krankenkassen" 1916 Sp. 803; —: „Milchknappheit und Krankenkassen" 1916 Sp. 835; Dannhauser: „Zur Bundesratsbekanntmachung vom 14. Juni 1916 betr. § 214 RVO." 1916 Sp. 625; Fischer: „Die sozialhygienischen Aufgaben der Krankenkassen nach dem Kriege mit besonderer Berücksichtigung der Einführung der Familienversicherung" 1916 Sp. 754; Fräßdorf: „Das Hilfsdienstgesetz und die Krankenkassen" 1916 Sp. 833; Gräf: „Kriegsbeschädigte und Krankenkassen" 1916 Sp. 457; —: „Der Krieg und die 4000-M-Grenze" 1916 Sp. 496; —: „Zur Feststellung der Kriegsschäden" 1916 Sp. 527; Gumpertz: „Krankenkontrolle und Nachuntersuchung während des Krieges" 1916 Sp. 565; Heil: „Kriegerheimstätten und Krankenkassen" 1916 Sp. 521; —: „Sollen sich die Krankenkassen an der Kriegerheimstättenbewegung beteiligen?" 1916 Sp. 838; Hoffmann: „Mehrleistungen der Krankenkassen während des Krieges" 1916 Sp. 733; Krause: „Die Todeserklärung verschollener Kriegsteilnehmer und ihre Bedeutung für die Krankenversicherung" 1916 Sp. 492; Reifer: „Die Bundesratsverordnung vom 5. Juli 1916 über die Krankenversicherung bei Ersatzkassen" 1916 Sp. 569; Wanner: „Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung russisch-polnischer Wanderarbeiter während des gegenwärtigen Kriegszustandes" 1916 Sp. 592; Wölbling: „Die Ansiedlung von Kriegsbeschädigten und die Krankenkassen" 1916 Sp. 353; Zeißner: „Ist eine Fristverlängerung nach § 313 Abs. 2 RVO. nur für „Kriegsteilnehmer" zulässig?" 1916 Sp. 324.

e) **Die Betriebskrankenkasse:** Bracht: „Die Kriegsbeschädigtenfürsorge und die Krankenkassen" 1916 S. 185; Fabry: „Die Mitwirkung der Krankenkassen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" 1916 S. 245; Halbach: „Kriegsfragen bei den Betriebskrankenkassen" 1916 S. 138; Stier-Somlo: „Die Ausländer in der Krankenversicherung" 1916 S. 121, 142; Weymann: „Krankenkassen und Bevölkerungspolitik" 1916 S. 173; Ungenannt: „Bevölkerungspolitik und Krankenkassen" 1916 S. 269.

f) **Die Krankenversicherung:** Frankenberg: „Krankengeld für Kriegsgefangene" 1916 S. 81; Korbmacher: „Das Sterbegeld in der Krankenversicherung im Falle der Kriegsverschollenheit" 1916 S. 181, 189; Müller: „Übersicht über die Kriegsfragen in der Krankenversicherung" 1916 S. 157, 165; Schnitzler: „Der Wiedereintritt beurlaubter und entlassener Kriegsteilnehmer in die Krankenversicherung" 1916 S. 90, 102; Streiter: „Die Bäder- und Anstaltsfürsorge des Zentralkomitees vom Roten Kreuz und die Krankenkassen" 1916 S. 65; Wanner: „Zur Frage der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung der russisch-polnischen Wanderarbeiter während des gegenwärtigen Kriegszustandes" 1916 S. 121; Ungenannt: „Kriegsteilnehmer im Feindesland und § 214 Abs. 3 RVO." 1916 S. 105.

g) **Deutsche Juristenzeitung:** Hoffmann: „Die Todeserklärung Kriegsverschollener und die Sozialversicherung" 1916 S. 619; —: „Kriegsteilnehmer und Ersatzkassen" 1916 S. 802.

h) **Juristische Wochenschrift:** Baum: „Die Bekanntmachung vom 14. Juni 1916 und die Krankenversicherungsansprüche der Kriegsteilnehmer" 1916 S. 1010; Kallmann: „§ 214 RVO. und der Krieg" 1916 S. 474.

i) **Archiv für öffentliches Recht:** Korbmacher: „Die Ansprüche der Hinterbliebenen Vermißter auf Sterbegeld in der Krankenversicherung" 1916 S. 355.

k) **Die Kriegsbeschädigtenfürsorge:** Brunn: „Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei den Kriegsteilnehmern" 1916 S. 193.

l) **Preußisches Verwaltungsblatt:** von Kamptz: „Der Anspruch verwundeter Kriegsteilnehmer nach § 214 RVO." 1916 S. 370.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Im Vordergrund der auf dem Gebiete der Krankenversicherung auftauchenden Fragen, standen wie bisher die Fragen der Versicherungspflicht und der Gewährung von Leistungen sowie ferner die Fragen, welche sich aus der Einberufung immer weiterer Kreise der militärdienstpflichtigen Bevölkerung und der Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse im Innern für die Geschäftsverwaltung der Krankenkassen ergaben.

Was die Versicherungspflicht von Personen in an sich der Krankenversicherung unterliegenden Beschäftigungsverhältnissen betrifft, so ist zwischen Deutschen und zwischen Ausländern zu unterscheiden. Bei den ersteren tauchten Zweifelsfragen insofern auf, als einerseits manche Personen nur mit Rücksicht auf die Kriegszeit wieder eine Beschäftigung aufnehmen, anderseits ein großer Teil verwundeter und rekonvaleszenter Kriegsteilnehmer noch ehe ihre Entlassung aus dem Heeresdienst erfolgt war, bereits wieder eine Arbeitstätigkeit übernommen hatten.

Digitized by Google

Kriegsaushilfen unterliegen der Versicherungspflicht. Dies gilt nach einer Entscheidung des K. Oberversicherungsamtes Stettin vom 16. Januar 1916 („Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 602) auch dann, wenn verheiratete oder bereits im Ruhestand befindliche Personen in an sich für die Lebensbedürfnisse ausreichender wirtschaftlicher Lage lediglich für die Kriegsdauer ihre frühere Berufstätigkeit, in vorliegendem Falle die Lehrtätigkeit, wieder ausüben. Übernehmen früher selbständige Personen freiwillig eine Aushilfstätigkeit, die ihrer Art nach eine Gehilfeneigenschaft begründet z. B. frühere Apothekenbesitzer einen Aushilfsdienst in Apotheken, so sind sie für die Dauer dieser Beschäftigung als Gehilfen versicherungspflichtig (ArbVers. S. 790 Ziff. 5). Selbstverständliche Voraussetzung in allen diesen Fällen ist die Beschäftigung gegen Entgelt. Gehen Personen, die in ihrem eigentlichen Betriebe durch einschränkende Gesetzesmaßnahmen kriegswirtschaftlicher Natur nicht voll beschäftigt werden, noch einer anderen Tätigkeit nach, so wird es von der tatsächlichen Lage abhängig sein, ob auch die zweite Beschäftigung versicherungspflichtig oder, als vorübergehend ausgeübt, versicherungsfrei ist (ArbVers. 1916 S. 407 Ziff. 5 a).

Besondere Schwierigkeiten ergaben sich aus der Beschäftigung deutscher Arbeiter im Ausland. Die Frage der Versicherungspflicht war hier schon im Frieden davon abhängig, ob man von einer Ausstrahlung eines inländischen Betriebes sprechen konnte oder nicht. Eine solche Ausstrahlung hat das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 6. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 518; ArbVers. 1916 S. 634) zum mindesten dann nicht als gegeben erachtet, wenn für die einschlägige im Feindesland verrichtete Arbeit die Zugehörigkeit zu einer Ortskrankenkasse gegeben ist (vgl. auch ArbVers. 1916 S. 862 Ziff. 6 und 7). Die hier auftauchenden Fragen sind nun allerdings durch die Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916 betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland (RGBl. S. 1383) in der Hauptsache als gelöst anzusehen.

Die Beschäftigung von Personen des Soldatenstandes ist, wenn sie durch die Militärverwaltung stattfindet, versicherungsfrei. Dies gilt allerdings nur soweit, als es sich auch tatsächlich um Personen des Soldatenstandes handelt und erstreckt sich nicht schlechtweg auf alle von einer Militärbehörde beschäftigten Personen. Es sind daher Frauen, die an einer Grenzüberwachungsstelle mit der Untersuchung weiblicher Reisender betraut sind, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zu versichern (ArbVers. 1916 S. 288 Ziff. 11). Anderseits macht auch die Eigenschaft als Person des Soldatenstandes nur dann versicherungsfrei, wenn es sich um die Beschäftigung für oder im Auftrage der Militärbehörde handelt. Soweit daher Soldaten mit nicht rein militärischen Zwecken dienenden Tätigkeiten beschäftigt werden, kommt es darauf an, ob sie zu den fraglichen Arbeiten „kommandiert" sind d. h. sie auf Befehl der Militärbehörde übernehmen müssen oder nicht. Ist dies der Fall, so sind sie versicherungsfrei (ArbVers. 1916 S. 815 Ziffer 8 c). Im anderen Falle unterliegen sie der Versicherungspflicht; dies gilt namentlich dann, wenn sie zum Zwecke der Beschäftigung beurlaubt sind oder die Tätigkeit im Urlaub ausüben (ArbVers. 1916 S. 310 Ziff. 6; 383 Ziff. 9). Dementsprechend unterliegen auch Kriegsbeschädigte, die noch in Lazarettbehandlung stehen, aber nicht arbeitsfähig sind, der Versicherung, wenn sie einer ihnen gestatteten und nicht durch Dienstbefehl auferlegten Beschäftigung gegen Entgelt nachgehen (ArbVers. 1916 S. 717 Ziff. 5; 789 Ziff. 2; 863 Ziff. 10 e). Die vorstehend angeführten Grundsätze führen aber anderseits dazu, die Tätigkeit, welche nicht ununterbrochen Tag für Tag im Militärdienst befindliche Personen z. B. Bahnwachen in ihrer freien Zeit ausüben, als nur gelegentlich und vorübergehend, also als versicherungsfreie Beschäftigung anzusehen (ArbVers. 1916 S. 407 Ziff. 4).

Die Beschäftigung feindlicher

Digitized by Google

Ausländer hat andauernd Anlaß zu Zweifelsfragen oder zu Unannehmlichkeiten, die sich aus der Anwendung der eine Versicherungspflicht (vgl. Grundsätzl. Entsch. des RVA. vom 19. Februar 1916 in Amtl. Nachr. 1916 S. 443; ArbVers. 1916 S. 511), wie auch eine Versicherungsberechtigung (vgl. Grundsätzl. Entsch. des RVA. Nr. 2183 vom 4. März 1916 in Amtl. Nachr. 1916 S. 433; ArbVers. 1916 S. 513) verneinenden Stellungnahme des Reichsversicherungsamts (vgl. ArbVers. 1916 S. 461) ergaben. Das Oberversicherungsamt Gotha vertrat in einer Entscheidung vom 22. Mai 1916 (ArbVers. 1916 S. 513) weiterhin den Standpunkt, daß die Beschränkungen der persönlichen Freiheit, wie sie den feindlichen Ausländern durch die von den verschiedenen Generalkommandos verfügten Aufenthaltsbeschränkungen auferlegt sind, die persönliche Unfreiheit und damit die Verneinung der Versicherungspflicht nach sich zögen; anderseits wurde auch der Standpunkt vertreten, daß es wesentlich auf die Art der verfügten Aufenthaltsbeschränkungen ankomme und daß Arbeiter, die in ihrer vor der Kriegserklärung innegehabten, völlig frei gewählten Arbeitsstätte verblieben seien und nur der Beschränkung des Aufenthaltswechsels und der polizeilichen Beaufsichtigung unterliegen, auch weiterhin versicherungspflichtig seien (ArbVers. 1916 S. 23 Ziff. 12; 720 Ziff. 18). Für Italiener konnten die in den Entscheidungen der einzelnen Behörden über die Versicherung feindlicher Ausländer ausgesprochenen Grundsätze selbstredend erst mit der Kriegserklärung an Italien Anwendung finden (ArbVers. 1916 S. 720 Ziff. 18). Für feindliche Ausländer, die erst nach Kriegsausbruch im besetzten Gebiet angeworben worden und mit Genehmigung der zuständigen Behörden nach Deutschland gekommen sind, hat das Reichsversicherungsamt, obwohl sie denselben Aufenthaltsbeschränkungen, wie die bereits in Deutschland befindlichen feindlichen Arbeiter unterliegen, jedoch mit Entscheidung vom 8. Juli 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 587; Ortskrankenkasse 1916 Sp. 823) die Versicherungspflicht ausgesprochen, da ihm das Moment der Freiwilligkeit bei Eingehung des Beschäftigungsverhältnisses die entgegenstehenden Gesichtspunkte zu überwiegen und auch sonstige Gründe wie z. B. die Förderung des Zuzugs von Arbeitskräften für die Zuwendung der Vorteile der Sozialversicherung zu sprechen schienen. Die Bundesratsbekanntmachung vom 2. November 1916 betr. Krankenversicherung von Ausländern während des Krieges (RGBl. S. 1247), die nach dem Erlaß des K. Oberbergamtes zu Halle a. S. vom 17. November 1916 (ArbVers. 1916 S. 830) auch für die knappschaftliche Krankenversicherung gilt, hat der in der Allgemeinheit nicht verstandenen Ungleichheit in der Behandlung solcher Ausländer nunmehr ein Ende bereitet. Auch sie bezieht sich jedoch nur auf freie Arbeiter und schließt daher Zivil- und Kriegsgefangene von der Versicherung aus (ArbVers. 1916 S. 432 Ziff. 9).

Von den Leistungen der Krankenkassen ist das Krankengeld bekanntlich nur dann zu gewähren, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt d. h. wenn der Versicherte infolge seiner Erkrankung nicht mehr oder nur unter der Gefahr einer Verschlimmerung seiner Berufstätigkeit nachzugehen vermag. Solange dieser Nachweis durch einen Krankenschein, der nach einem Bescheid der Medizinalabteilung des preuß. Kriegsministeriums vom 14. Juni 1916 von den Militärärzten an versicherte Heeresangehörige unentgeltlich auszustellen ist (ArbVers. 1916 S. 475), oder auf andere Weise nicht erbracht ist, verpflichtet auch die Durchführung eines von der Militärbehörde angeordneten Heilverfahrens nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 18. September 1916 (ArbVers. 1916 S. 779) die Krankenkasse nicht zur Gewährung von Krankengeld. Der Anspruch auf Krankengeld ist, wie das Versicherungsamt der Stadt Straßburg in einer Entscheidung vom 16. März 1916 (ArbVers. 1916 S. 323) ausführt, vollständig zu verneinen, wenn die Unmöglichkeit weiterzuarbeiten lediglich auf der Tatsache beruht, daß

Digitized by Google

der Versicherte zum Zwecke der Feststellung der Militärtauglichkeit einer Lazarettbeobachtung unterworfen wird.

Da auch Kriegsgefangenen ein Anspruch auf Krankengeld zusteht (ArbVers. 1917 S. 72), so taucht die Frage auf, wie bei ihnen die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit erbracht werden kann. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Cleve hat sich in dieser Beziehung mit der „Agence internationale des prisonniers de guerre" des Comité international de la Croix-Rouge in Genf, Rue d'Athèn in Verbindung gesetzt und teilt in der „Krankenversicherung" 1916 S. 93 das Muster einer französisch abgefaßten Arbeitsunfähigkeitserklärung mit, wie sie durch die genannte Stelle den französischen Lazaretten übermittelt und von ihnen bisher anstandslos ausgefüllt wird. Wo gegenwärtig die Beibringung der Nachweise der Arbeitsunfähigkeit nicht möglich ist, wird es wohl Aufgabe der Reichsbehörden sein, entsprechende Schritte zu unternehmen, soweit die an sich dem Versicherten obliegende Beibringung der Nachweise Erhebungen im Ausland erforderlich macht vgl. auch (ArbVers. 1916 S. 693 und MonBl. f. ArbVersicherung 1917 S. 9).

Der Anspruch auf Krankengeld ist ein Anspruch auf eine „regelmäßig wiederkehrende Leistung" i. S. des § 197 BGB. und verjährt daher, da die Verordnungen vom 4. November 1915 (RGBl. S. 732) und vom 26. Oktober 1916 (RGBl. S. 1198) auf ihn Anwendung finden, nicht vor Ende 1917, soweit der Anspruchserhebende Kriegsteilnehmer ist (ArbVers. 1916 S. 815 Ziff. 10).

Das Krankengeld entspricht in seiner Höhe gegenwärtig nicht mehr dem durch die Teuerung und die allgemeine Wertminderung des Geldes verursachten Sinken der Kaufkraft unserer Zahlungsmittel. Die Allg. Ortskrankenkasse Leipzig-Stadt hat daher einen Beschluß gefaßt („Betriebskrankenkasse" 1916 S. 289), wonach sie bis auf Widerruf, längstens aber für Kriegsdauer auf je sechs vollendete Krankheitstage, für die Krankengeld gezahlt wird, einen gleichmäßigen Zuschlag von 2 *M* gewährt; das Wochengeld ist dem Krankengeld in dieser Beziehung gleichgestellt.

Die Dauer des ja nur für Arbeitstage zulässigen Krankengeldbezuges wurde durch den Umstand in Frage gestellt, daß der Bundesrat verschiedentlich eine Einschränkung der Arbeitsdauer in Betrieben z. B. bei Spinnereien, Webereien, Wirkereien usw. vorschreiben mußte, die sich in einer Verkürzung der Zahl der wöchentlichen Arbeitstage äußerte. Hier ist nach einer Entscheidung des Sächsischen Landesversicherungsamtes vom 23. September 1916 („Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 859), da das Ausfallen des einzelnen Arbeitstages von vornherein gesetzlich bestimmt ist, auch das Krankengeld nur für die tatsächlichen Arbeitstage zu gewähren, also nunmehr in der verminderten Tageszahl (vgl. auch ArbVers. 1916 S. 456 Ziff. 4); fehlt es allerdings an dieser Vorausbestimmung, muß also der Arbeiter zunächst dem Arbeitgeber zur Verfügung stehen, so bleibt nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 26. Juni 1916 („Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung" 1916 S. 199) der Krankengeldanspruch auch für die ausfallenden Tage bestehen.

Der Anspruch auf Hausgeld steht nur Kassenmitgliedern zu. Das Sächsische Landesversicherungsamt hat daher mit Entscheidung vom 29. Januar 1916 („Archiv für Reichsversicherung" 1916 S. 106) sich dahin ausgesprochen, daß Armierungsarbeiter, denen vom Reich als Arbeitgeber der Anspruch auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen gewährleistet ist und die deshalb von der Krankenversicherung befreit sind, nicht unmittelbar gegen die Krankenkasse, die von der Bauleitung um vorschußweise Gewährung der Krankenhilfe ersucht ist, einen Anspruch auf Hausgeld geltend machen können; es hat jedoch, wenn trotzdem ein solcher Anspruch erhoben wird, die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden zur Entscheidung bejaht.

Da den verwundeten oder erkrankten

Digitized by Google

Kriegsteilnehmern im allgemeinen durch die Militärverwaltung die ärztliche Behandlung zuteil wird, so entfällt in der Regel die Gewährung von Krankenpflege durch die Krankenkassen. Hierdurch wird jedoch an der Pflicht der Krankenkasse, einem Versicherten im Krankheitsfalle auch die erforderliche ärztliche Behandlung usw. zu leisten, nichts geändert. Sie muß daher, wenn ein versicherter Militärarbeiter in der Heimat erkrankt, in vollem Umfange und solange für ihn eintreten, bis die Militärverwaltung die Krankenpflege übernimmt (ArbVers. 1916 S. 286 Ziff. 6 c). Ebenso muß die Kasse für einen Versicherten eintreten, wenn dieser in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis an einem Leiden erkrankt, das zweifellos auf eine Kriegsdienstbeschädigung zurückzuführen ist, es sei denn, daß ein ernsthaftes und daher versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis überhaupt nicht zustande gekommen war („Krankenversicherung" 1916 S. 87).

Die Voraussetzung der Auszahlung des Sterbegeldes an Angehörige, das Leben in häuslicher Gemeinschaft, hat das Städt. Versicherungsamt München in einer Entscheidung vom 3. März 1916 (ArbVers. 1916 S. 607) auch in einem Falle angenommen, in welchem ein Kriegsteilnehmer während eines nur dreitägigen Urlaubs geheiratet und während dieser Tage mit seiner Frau deren früheres Zimmer geteilt hatte. Als Kosten des Begräbnisses, zu deren Begleichung das Sterbegeld zu verwenden ist, kommen die Kosten der nachträglich veranlaßten Überführung der Leiche eines gefallenen und am Orte des Ablebens bestatteten Kriegers nicht in Betracht (ArbVers. 1916 S. 742 Ziff. 2).

Die Leistungspflicht der Kasse besteht selbstredend nur, solange der Kriegsteilnehmer Kassenmitglied ist oder wenigstens der Rechtswohltat des § 214 RVO. teilhaftig werden kann. Die rechtzeitige freiwillige Weiterversicherung sichert daher dem Kriegsteilnehmer im Falle seiner Verwundung oder Erkrankung einen Anspruch auf die Kassenleistungen (Entscheidung des Sächsischen Landesversicherungsamtes vom 10. Juli 1915 im „Archiv für Reichsversicherung" 1916 S. 110), auch wenn der Versicherungsfall im Ausland eintritt (ArbVers. 1916 S. 287 Ziff. 8 a). Auch bei Versäumen der rechtzeitigen Anmeldung zur Weiterversicherung kann jedoch ein Anspruch auf Leistungen im Wege der formalen Mitgliedschaft entstehen, wie dies das Bayer. Landesversicherungsamt mit Entscheidung vom 12. April 1916 („Mitteilungen des Bayer. Landesversicherungsamtes" 1916 S. 116) für einen Fall ausgesprochen hat, in welchem die Kasse zwar nach Ablauf der Dreiwochenfrist des § 313 RVO. unbeanstandet durch drei Monate von einem Kriegsteilnehmer Beiträge entgegengenommen hatte, ihm aber bei Eintritt des Versicherungsfalls die Leistungen verweigern wollte.

Die Streitfrage, ob § 214 RVO. überhaupt auf Kriegsteilnehmer Anwendung finden könne oder ob bei Bejahung seiner Anwendung im allgemeinen bei Eintritt des Versicherungsfalls im Ausland der Gewährung von Leistungen nicht sein Absatz 3 im Wege stehe, ist durch die Entscheidung des Großen Senats des Reichsversicherungsamts vom 11. Dezember 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 334; ArbVers. 1916 S. 129) und vor allem durch die Bekanntmachung des Bundesrats vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 516; ArbVers. 1916 S. 446) ein Ende bereitet. Lediglich das preuß. Schiedsgericht für Knappschaftsangelegenheiten hat noch in einer Entscheidung vom 19. Januar 1916 (Arb. Vers. 1916 S. 454) die Anwendbarkeit des § 19 Knappschaftsgesetzes und damit die Anwendbarkeit des § 214 RVO. auf Kriegsteilnehmer verneint; ein Erlaß des preußischen Ministers für Handel usw. vom 29. Juni 1916 (ArbVers. 1916 S. 566) nahm daher Veranlassung, die Geltung der erwähnten Entscheidung des Reichsversicherungsamts und der Bekanntmachung vom 14. Juni 1916 auch für die Knappschaftsvereine besonders zu betonen.

Digitized by Google

Eine Anwendung des § 214 RVO. bleibt allerdings ausgeschlossen, wenn einem zum Heeresdienst Einberufenen vom Arbeitgeber das Gehalt fortbezahlt wird und aus den Umständen des Einzelfalles ersichtlich ist, daß es sich nicht lediglich um eine Unterstützung handelt, sondern daß die Fortzahlung die Bedeutung eines Entgelts für die fortdauernde Dienstbereitschaft des eingezogenen Angestellten besitzt, daß also tatsächlich nicht ein Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, sondern ein Fortbestehen des Lohnarbeitsverhältnisses gegeben ist (vgl. Entscheidung des Oberversicherungsamts Berlin vom 17. September 1915 bei Breithaupt 5. Jahrg. S. 35 und ArbVers. 1916 S. 550 Ziff. 2 a). Ebenso ist bei Ersatzkassen kein Raum für § 214 RVO. gegeben, wenn bei ihnen die Mitgliedschaft unabhängig vom Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses fortdauert (ArbVers. 1916 S. 550 Ziff. 2 b). Es weist jedoch das Aufsichtsamt für Privatversicherung in einem Rundschreiben (ArbVers. 1916 S. 357) die Ersatzkassen an, die Ansprüche von Kriegsteilnehmern innerhalb der ersten drei Wochen nach dem Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuerkennen, auch wenn die Vorschrift des § 214 RVO. nicht ausdrücklich in die Satzung oder die Versicherungsbedingungen der Kasse aufgenommen ist. Diese Fortdauer des Dienstverhältnisses ist nach einer Entscheidung des K. Oberversicherungsamts Köln vom 9. August 1916 (ArbVers. 1916 S. 806) bei einem mit Monatsgehalt verpflichteten Angestellten noch für den laufenden Monat anzusehen, auch wenn die Einberufung am 2. des Monats erfolgt ist und der Dienst lediglich am ersten Monatstage noch versehen wurde; in diesem Falle läuft also die Dreiwochenfrist des § 214 RVO. erst vom Ende des Monats ab (vgl. auch ArbVers. 1916 S. 862 Ziff. 10 b).

Wird durch eine Militärperson z. B. durch einen mit der Bewachung von zur Arbeitsleistung abgestellten Kriegsgefangenen betrauten Posten ein Kassenmitglied verletzt und werden so der Kasse Auslagen verursacht, so kommt eine Ersatzpflicht des Fiskus nur dann in Frage, wenn vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung der Dienstpflicht vorliegt (ArbVers. 1916 S. 383 Ziff. 11). Umgekehrt besteht für die seitens der Heeresverwaltung einem Kassenmitgliede gewährten Leistungen der Krankenpflege überhaupt kein Ersatzanspruch gegen die Kasse (ArbVers. 1916 S 719 Ziff. 13 a).

Die Verwaltungstätigkeit und die Geschäftsführung der Krankenkassen wurden vor allem durch die zahlreichen Einberufungen von Angestellten und von Mitgliedern der Krankenkassenorgane in Mitleidenschaft gezogen. Die Zurückstellung der unabkömmlichen Krankenkassenbeamten vom Heeresdienst, die anfänglich wohlwollend gehandhabt worden war, gestaltete sich unter dem Druck der Umstände immer schwieriger. Wie ein Erlaß des preuß. Ministers für Handel usw. vom 31. Oktober 1916 und eine Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 7. Oktober 1916 („Krankenversicherung" 1916 S. 140, 185, 186) ausführt, können kriegsverwendungsfähige Angestellte nur mehr zur Behebung eines dringenden Notstandes zurückgestellt werden. Für garnisons- und arbeitsverwendungsfähige Angestellte ist noch eher die Möglichkeit einer weiteren Dienstleistung bei den Krankenkassen gegeben und hat das K. preuß. Kriegsministerium ausdrücklich die Anwendbarkeit des zunächst nur auf die Ortskrankenkassen lautenden Erlasses vom 29. Dezember 1915 auch für die Innungskrankenkassen verfügt („Krankenversicherung" 1916 S. 124). Um die entstehenden Lücken zu schließen, wurde den Krankenkassen von Reichs wegen und von einzelnen Bundesstaaten, so durch Erlaß der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft vom 3. Mai 1916 und 23. August 1916 und durch Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 10. November 1916 („Betriebskrankenkasse" 1916 S. 253, 283), die Einstellung von Kriegsbeschädigten nahegelegt. Das Bayer. Staatsministerium hat sich sogar mit

Digitized by Google

der Allg. Ortskrankenkasse Passau und mit der Hauptstelle für Kriegsinvalidenfürsorge in Nürnberg in Verbindung gesetzt und die Veranstaltung von Kursen zur Ausbildung zweckentsprechenden Personals veranlaßt („Krankenversicherung" 1916 S. 131, 186). Den auftauchenden Befürchtungen, als sollten auf diese Weise vor allem Militäranwärter und verabschiedete Offiziere in den Kassenverwaltungen untergebracht werden, trat das Reichsamt des Innern mit Schreiben vom 14. April 1916 (ArbVers. 1916 S. 381) entgegen.

Den zum Heeresdienst eingezogenen Kassenangestellten wird im allgemeinen ein Gehaltsanspruch für die Dauer ihrer Kriegsdienstleistung nicht zustehen (Entscheidung des Oberversicherungsamts Bremen vom 22. Oktober 1915 in „Archiv für Reichsversicherung" 1916 S. 64; ArbVers. 1916 S. 789 Ziff 3), es sei denn, daß nach Lage des Falles ein solcher Anspruch für kürzere oder längere Zeit gerechtfertigt ist. Den Beamten, welchen die Rechte und Pflichten der Gemeindebeamten übertragen sind, wird nach dem preuß. Kommunalbeamtengesetz und wohl auch nach allen übrigen bundesstaatlichen Gemeindebeamtenordnungen für die Kriegsdienstzeit der wirklichen pensionsfähigen Dienstzeit ein Jahr zugerechnet, sofern nicht angesichts der langen Dauer dieses Krieges durch kaiserliche Verordnung die Anrechnung mehrerer Jahre verfügt wird (ArbVers. 1916 S. 816 Ziff. 14). Will die Kasse mit Rücksicht auf die gegenwärtige Teuerung ihren Angestellten besondere außerordentliche Zuwendungen machen, so wird sie hierzu einer formell durchgeführten Änderung der Besoldungsordnung bedürfen (Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 27. Mai 1916 in Amtl. Nachr. 1916 S. 591; ArbVers. 1916 S. 704), es sei denn, daß sie dieser Maßregel durch einen ein sofortiges Eingreifen ermöglichenden Zusatz in der Dienstordnung vorgebeugt hat (ArbVers. 1916 S. 856).

Die Zugehörigkeit zu einem der Kassenorgane (Vorstand, Ausschuß) erlischt nicht schon mit der Einberufung zum Heeresdienst, sondern bedarf der formellen Amtsenthebung durch das Versicherungsamt (ArbVers. 1916 S. 504 Ziff. 7). Kommen die an Stelle der einberufenen Mitglieder der Kassenorgane herangezogenen Ersatzmänner ihren Verpflichtungen nicht nach und ergeben sich so wiederholt ungenügend besuchte Sitzungen, so muß hierin eine Weigerung, den obliegenden Geschäften nachzukommen, gesehen werden und ist, wenn die Satzung nichts anderes vorschreibt, nach § 379 Abs. 2 RVO. zu verfahren (ArbVers. 1916 S. 408 Ziff. 5 b).

Die reichsgesetzliche Beschränkung, welche der Verkehr mit Web-, Wirk- und Strickwaren im Laufe des Krieges erfahren hat, machten für die Krankenkassen besondere Vorschriften für die Beschaffung mit Verbandstoffen nötig, wie sie durch eine Bekanntmachung der Reichsbekleidungsstelle vom 15. Juli 1916 betr. die Beschaffung von Verbandstoffen in größeren Mengen und die Erlasse des preuß. Minister des Innern vom 29. August 1916 über den Ersatz von Mullbinden in den Krankenanstalten durch Papierbinden und vom 16. September 1916 betr. Regelung der Versorgung der Krankenanstalten und Medizinalpersonen mit Verbandbaumwollwatte („Krankenversicherung" 1916 S. 131, 140; „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 239) getroffen wurde.

Die Verwendung der Kassenmittel zu Kriegsversicherungen und zu Familienunterstützungen hat eine Entscheidung des Badischen Landesversicherungsamts vom 30. September 1915 („Breithaupt" 5. Jahrgang S. 41) ausdrücklich als unzulässig bezeichnet.

Darüber, ob die Krankenkassen berechtigt sind, auf Anfragen der Militärbehörden über frühere Krankheiten der zum Kriegsdienst eingezogenen Versicherten überhaupt, namentlich ohne Einverständnis der Versicherten Auskunft zu erteilen, sind die Meinungen sehr geteilt. Während die Frage verschiedentlich mit allem Nachdruck verneint wird („Ortskrankenkasse" 1916

Digitized by Google

S. 457; „Krankenversicherung" 1916 S. 161) nahm das Versicherungsamt Berlin in einer Entscheidung vom 25. März 1914 („Krankenversicherung" 1916 S. 193) und das Versicherungsamt Hamburg in einem Rundschreiben an die Kassenvorstände (ArbVers. 1916 S. 784) den entgegengesetzten Standpunkt ein. Die Errichtung der Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten und die im Interesse eines vollen Erfolges dieser Fürsorgeeinrichtungen unbedingt nötige innige Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Landesversicherungsanstalten warf u. a. auch die Frage der Wahrung des Berufsgeheimnisses der Ärzte in den Fällen der Behandlung von geschlechtskranken Kassenmitgliedern auf; von ärztlicher Seite wurden jedoch scharfe Verwahrungen gegen eine event. Einführung einer ärztlichen Anzeigepflicht erhoben (ArbVers. 1916 S. 787).

Die Anmeldung von Personen, die durch Betriebseinschränkungen zeitweise entbehrlich und während dieser Zeit unfreiwilliger Muße von dritten Arbeitgebern beschäftigt werden, bei den zuständigen Kassen obliegt diesen Arbeitgebern auch dann, wenn sie das Entgelt nicht unmittelbar an die Beschäftigten zahlen, sondern es an den ersten Arbeitgeber abführen (ArbVers. 1916 S. 862 Ziff. 10 a).

Eine Entscheidung von großer Wichtigkeit für Bergarbeiter hat das Oberschiedsgericht in Knappschaftangelegenheiten in Berlin unter dem 16. Mai 1916 (ArbVers. 1916 S. 703) erlassen. Bekanntlich führen die Satzungen von Knappschaftsvereinen sehr häufig die Bestimmung, daß Beiträge auf Antrag zu erstatten sind, wenn ein Versicherter während seines Militärdienstes arbeitsunfähig wird oder zu Tode kommt und in letzterem Falle eine Witwe, Vater oder Mutter hinterläßt. Das Oberschiedsgericht hat hierzu ausgesprochen, daß der Rückerstattungsanspruch nicht nur die Beiträge aus der Zeit unmittelbar vor Eintritt in die Kriegsdienste, sondern auch solche Beiträge umfaßt, aus denen die Anwartschaft bereits erloschen war und noch nicht wieder aufgelebt ist. Über die Ansprüche der zum Kriegsdienst Eingezogenen aus der Knappschaftsmitgliedschaft gibt ein Rundschreiben des Halberstädter Knappschaftsvereins vom 15. Juli 1916 (ArbVers. 1916 S. 670) Aufschluß.

Der Geschäftsführer einer Ersatzkasse ist nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 524) nicht verpflichtet, von dem auf Grund der Satzung sich vollziehenden Ausscheiden eines Mitgliedes infolge Einziehung zum Heeresdienst der Pflichtkasse gemäß § 521 RVO. Mitteilung zu machen, da diese Anzeigepflicht nur bei einem auf Grund einer Willenserklärung sich vollziehendem Ausscheiden des Mitgliedes besteht, eine solche aber bei einem auf Grund der Satzung sich vollziehenden Ausscheiden nicht vorliegt. Hat die Satzung einer Ersatzkasse in diesem Sinne mit dem Eintritt eines Mitgliedes in den Heeresdienst ein Erlöschen der Mitgliedschaft verbunden, so hat der Einberufene im Rahmen des § 1 der Bekanntmachung vom 5. Juli 1916 betr. Krankenversicherung bei Ersatzkassen (RGBl. S. 655; ArbVers. 1916 S. 497) das Recht auf Fortsetzung seiner Mitgliedschaft (ArbVers. 1916 S. 744 Ziff. 12). Tritt ein Ersatzkassenmitglied nach Rückkehr in die Heimat auf Grund § 7 der erwähnten Bekanntmachung wieder in die Ersatzkasse ein, so bedarf es eines neuen Antrags auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Pflichtkrankenkasse nicht, wenn der Wiedereintretende auch seine Mitgliedschaft bei dieser Kasse aufrecht erhalten hatte (ArbVers. 1916 S. 718 Ziff. 8). Die Kosten der hierbei bis zum Erlaß der Bekanntmachung vom 16. November 1916 betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 1279; ArbVers. 1916 S. 801) erforderlichen ärztlichen Untersuchung hat nach einem Rundschreiben des Aufsichtsamts für Privatversicherung („Ersatzkasse" 1916 S. 26) die Kasse zu tragen. (Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Kinderfräulein als Dienstbote.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 8. Mai 1916 (B. 3449/15).

Die Angestellte ist seit dem 1. Oktober 1915 gegen einen monatlichen Entgelt von 25 ℳ und freie Station bei dem Kaufmann W. L. in K. als Kinderfräulein in Stellung. Ihr liegt die Pflege und Beaufsichtigung des fünfjährigen Sohnes des Arbeitgebers ob. Mit der eigentlichen Erziehung der vierzehnjährigen Tochter des Arbeitgebers, für die eine besondere Lehrerin gehalten wird, hat sie nichts zu tun. Den Knaben dagegen hat sie anzukleiden, durch Spiele zu beschäftigen, körperlich zu pflegen, die Garderobe in Ordnung zu halten usw. Außerdem geht sie mit den Kindern spazieren, lehrt sie Spiele, liest Geschichten vor oder erzählt ihnen solche. Sie wird mit „Fräulein" angeredet, ißt am gemeinsamen Familientisch mit, jedoch nur, um den Knaben zu versorgen, und auch nur, wenn kein Besuch zugegen ist. Sie schläft auch mit den Kindern zusammen in einem Zimmer; im übrigen hat sie keinen Familienanschluß. Sie wird außerdem, besonders vormittags, in der Hauswirtschaft regelmäßig beschäftigt, und zwar mit Staubwischen, allerlei kleinen Hilfeleistungen, Erledigung hauswirtschaftlicher Besorgungen sowie Reinigung des Kinderzimmers. Was ihre Vorbildung betrifft, so hat sie eine Mittelschule besucht, ist als Kindergärtnerin ausgebildet und ist einer fremden Sprache nicht mächtig.

Bei dieser Sachlage mußte dem Antrag des Arbeitgebers und der Angestellten, welche die Versicherungspflicht zu verneinen bitten, stattgegeben werden.

Zunächst war zu prüfen, ob die Angestellte als Lehrerin oder Erzieherin anzusehen und demgemäß nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Angestelltenversicherungsgesetzes versicherungspflichtig ist. Als Lehrerin kann sie schon deshalb nicht angesehen werden, weil sie die Kinder weder zu unterrichten, noch bei Anfertigung der Schularbeiten zu beaufsichtigen hat. Es ist aber nicht zu verkennen, daß ihr die Ausübung einer gewissen erzieherischen Einwirkung gegenüber dem Knaben obliegt. Es ist ihre Aufgabe, für sein Wohlverhalten zu sorgen, ihm schlechte Einflüsse möglichst fernzuhalten und die guten Anlagen zu stärken und auszubilden. Die Betätigung bei der Erziehung kleinerer Kinder erstreckt sich naturgemäß mehr auf die Anleitung und Überwachung beim Spielen, auf Märchenerzählen und dergleichen; denn eben hierdurch wird der Verstand gebildet und auf die Phantasietätigkeit und das Gemüt der Kinder eingewirkt. Daß im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes auch die Anleitung und Überwachung kleinerer, insbesondere noch nicht schulpflichtiger Kinder unter den Begriff der Erziehertätigkeit fällt, hat auch das Oberschiedsgericht in seiner Entscheidung vom 18. Juni 1915, betreffend die Kinderschwester B. — P. 34/15 — ausgesprochen.

Im Unterschied dazu ist jedoch im vorliegenden Fall zu beachten, daß die Angestellte nicht selbständig, sondern nur unter Aufsicht und Leitung der Eltern erzieherisch tätig ist, so daß sich diese Betätigung auf ein geringes Maß beschränkt und gegenüber der Beschäftigung mit der Körperpflege des Kindes usw. an Bedeutung zurücktritt.

Ferner kommt in Betracht, daß sie in erheblichem Maße mit niederen Arbeiten im Haushalte beschäftigt wird und auch nur eine geringere Schulbildung genossen hat. Aus alledem folgt, daß sie nicht als Erzieherin im Sinne des Gesetzes angesprochen werden darf.

Endlich kann sie aber auch nicht zu den gehobenen Angestellten im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes gezählt werden, da sich ihre Stellung nicht über die eines Dienstboten erhebt. Zu letzteren gehören nämlich Personen, die in die Hausgemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen sind und häusliche oder wirtschaftliche Dienste niederer Art zu verrichten haben. Dabei brauchen die niederen Dienste nur den Schwerpunkt der Beschäftigung zu bilden. Dies trifft aber bei dem Kinderfräulein H. im vorliegenden Falle zu.

Die oben geschilderten Dienste beanspruchen keine besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten. Insbesondere erfordert das Leiten der Spiele, das Erzählen von Geschichten usw. zwar Taktgefühl und Verständnis für die Eigenart der Kinder und schließt eine gewisse Verantwortung in sich, aber andererseits bedarf es dazu nur der einfachsten Kenntnisse, so daß auch diese Beschäftigung nur zu den niederen gerechnet werden können. Selbständige Befugnisse hat sie weder hinsichtlich der Erziehung der Kinder, noch hinsichtlich ihrer Tätigkeit im Haushalt. Darauf, daß sie mit „Fräulein" angeredet wird, kann kein Gewicht gelegt werden. Eine solche Anrede wird Personen in ihrer Stellung oft zuteil, damit sie den Kindern gegenüber das Ansehen genießen, das zur ordnungsmäßigen Ausübung der Aufsicht erforderlich ist. Unerheblich ist auch, daß die H. für gewöhnlich die Mahlzeiten zusammen mit ihrer Herrschaft einnimmt. Dies ist geboten, weil der Knabe gleichfalls an der Mahlzeit teilnimmt und das Kinderfräulein, soweit erforderlich, ihn auch bei Tisch zu beaufsichtigen hat. Endlich spricht auch der geringe Entgelt gegen die Annahme einer gehobenen Stellung.

Hiernach muß also die Angestellte der handarbeitenden Bevölkerungsklasse zugerechnet werden. Sie fällt daher nicht in den Kreis der nach § 1 Abs. 1 des

Digitized by Google

Angestelltenversicherungsgesetzes versicherungspflichtigen Personen. Nach alledem war gleichzeitig — entgegen der Äußerung der Landesversicherungsanstalt — festzustellen, daß die Angestellte zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung aufgeführten Personen gehört (§ 210 Abs. 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes).

Versicherungsrechtliche Stellung der Zuschneider.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 19. Mai 1916 (P. 121/15).

. . . Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat in ihren Grundsätzen (zu vergl. „Angestelltenversicherung" 1913 S. 126 zu Nr. 25) ausgeführt, daß in der Bekleidungsindustrie unter der Bezeichnung „Zuschneider" zwei verschiedene Berufsarten zusammengefaßt würden. Die Tätigkeit der einen Berufsart bestehe darin, daß ihre Angehörigen nach von anderen entworfenen Mustern den Stoff zuschnitten, während die der anderen folgende Tätigkeiten umfasse: Maßnehmen, Musterentwerfen, Zuschneiden, Informieren der Schneidergesellen, Anprobieren und teilweise auch Verkaufen der Stoffe. Lediglich die letztere Berufsart sei versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte. . . .

Der Rentenausschuß hat über die Stellung der hier in Frage stehenden Zuschneider Ermittelungen veranstaltet, und zwar hat er als Sachverständige gehört den Verbandsvorsitzenden des deutschen Zuschneiderverbandes Sch. und als Vertreter der Arbeitgeber den Schneidermeister W. in B. als Sachverständigen der Handelskammer.

Der Verbandsvorsitzende Sch. hat in zwei Gutachten vom 1. Dezember 1914 und vom 15. Februar 1915 erklärt, daß nach seiner Ansicht nicht nur solche Zuschneider versicherungspflichtig seien, welche selbständig Schnitte entwürfen, sondern auch solche, welche nach Grundmodellen zuschnitten, da Grundmodelle in ausgesprochenen Schneiderwerkstätten nie fertig gebrauchsfähig vorhanden seien, sondern für den Einzelfall abgeändert werden müßten. Auch das Anprobieren und Maßnehmen der Zuschneider sei eine versicherungspflichtige Tätigkeit, weil sie dabei eine gewisse Kenntnis des Körperbaues und eine große Geschicklichkeit im Anpassen des Stoffes an den Körper entfallten müßten. Das Gleiche gelte von dem Abändern (Abstecken) sowie von dem Ausfertigen und Einrichten, d. h. von dem Aussuchen der Zutaten zu einem fertigen Stück. Das Ausfertigen bestehe darin, daß dem fertigen Stück oder seinen Teilen der letzte Schliff gegeben, die letzte Hand daran gelegt werde, um noch etwa vorhandene Mängel und Unebenheiten zu beseitigen. So müsse z. B. ein fertiger Ärmel, ehe er eingesetzt werde, noch dazu passend eingeheftet werden. In kleineren Betrieben sei eine Tätigkeit dieser Art auch dann versicherungspflichtig, wenn die Haupttätigkeit in gewöhnlichen Näharbeiten bestehe, da bei kleinen Betrieben naturgemäß nicht ständig Maßnehmen, Anprobieren, Ausfertigen und ähnliche Beschäftigungen vorkommen könnten.

Der Schneidermeister W. hat sich mit diesen Angaben in allen Punkten einverstanden erklärt und nur noch bemerkt, daß es für die Beurteilung der Frage der Versicherungspflicht noch darauf ankomme, ob der Zuschneider eine wirklich praktische Ausbildung als Zuschneider genossen habe. Es gäbe nämlich auch Zuschneider, die das Schneiderhandwerk als solches überhaupt nicht verstünden.

Der Sachverständige Sch. hat dann noch erklärt, daß als rein handwerksmäßige Tätigkeit außerhalb des Rahmens der Versicherungspflicht das Fassonieren und das Ausfertigen falle, soweit es im Nähen von Knopflöchern und im Annähen von Knöpfen und dergleichen einfachen Näharbeiten bestehe.

Es besteht kein Bedenken, diese Äußerungen als die übereinstimmende Auffassung der beteiligten Kreise der Entscheidung zu Grunde zu legen. Die ausgesprochenen Grundsätze decken sich durchaus mit den Grundsätzen, denen das Oberschiedsgericht bei seinen bisherigen Entscheidungen über die Voraussetzungen einer „ähnlich gehobenen Stellung" im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und über die Abgrenzung des Kreises der Werkmeister von dem bloßen Vorarbeiter ständig gefolgt ist.

Hiernach ist die Versicherungspflicht bei dem Angestellten M. vom Rentenausschuß zutreffend bejaht worden; denn dessen Tätigkeit besteht wesentlich im Zuschneiden nach Grundmodellen und in der Anfertigung von Schnitten nach Zeichnungen und Skizzen. Beides ist eine Tätigkeit, die aus dem Rahmen des Handwerksmäßigen und Mechanischen herausfällt und daher die Versicherungspflicht begründet. Dieser Angestellte unterscheidet sich auch durch die Höhe seines Gehalts wesentlich von den übrigen Zuschneidern.

Es ist nach den übereinstimmenden Erklärungen der Arbeitgeberin und des Angestellten M. vor dem Rentenausschuß nicht richtig, daß dieser Angestellte, wie in einem neueren Schreiben der Arbeitgeberin vom 15. April 1916 bemerkt wird, nur nach den vorrätigen Schnitten die Waren zuschneidet.

Bei den übrigen Zuschneidern ist die Versicherungspflicht dagegen zu verneinen. Ihre Tätigkeit besteht im wesentlichen in dem Fassonieren, welches nach der ausgesprochenen Auffassung der beteiligten Kreise und auch nach der Darstellung dieser Tätigkeit im einzelnen keine gehobene Tätigkeit im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist. Die Aufsichtstätigkeit, welche diesen Angestellten nach dem Akteninhalt neben dem Fassonieren obliegt, spielt nur eine unwesentliche Rolle und geht nicht über das hinaus, was einem bloßen Vorarbeiter in ähnlichen Verhältnissen zukommt. Es ist zu berücksichtigen, daß es sich bei den eigentlichen Arbeitern um Akkordarbeit handelt, so daß eine unmittelbare Aufsicht darüber, daß die Arbeiter den nötigen Fleiß aufwenden und ihre Zeit ordentlich ausnutzen, nicht gegeben ist. Auch der Vorarbeiter hat auf die Einhaltung der Arbeitsordnung zu achten und Fehler zu rügen, wenn sie ihm bei der Ausübung seiner eigentlichen Tätigkeit entgegentreten. Hierüber geht die Aufgabe

Digitized by Google

der hier in Betracht kommenden Angestellten nicht hinaus. Entscheidend ist vor allem, daß die eigentliche Abnahme der fertigen Arbeit nicht bei den Angestellten, sondern bei dem Geschäftsinhaber selbst liegt.

Daß diese Angestellten gleichfalls nach Grundmodellen zuschnitten, wird in den Beschwerdeschriften übereinstimmend in Abrede gestellt. In den Fragebogen ist hiervon gleichfalls die Rede; jedoch geht aus der Antwort im Fragebogen hervor, daß diese nur gelegentlich vorkommt und demnach für den Charakter der eigentlichen Dienststellung dieser Angestellten außer Betracht bleiben muß.

Demgemäß ist bei diesen Angestellten die Versicherungspflicht zu verneinen und daher insoweit den Beschwerden stattzugeben; dagegen ist hinsichtlich des Zuschneiders M. die Beschwerde der Arbeitgeberin zurückzuweisen.

Entgelt für Überstunden als Teil des „regelmäßigen" Jahresarbeitsverdienstes.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Groß Berlin** vom 20. September 1916 (B. K. 125/16).

Der Nebenverdienst, welchen der Beschwerdeführer durch Leistung von Überstunden seit Dezember 1915 erzielt, ist auf den nach § 165 Abs. 2 RVO. festzustellenden Jahresarbeitsverdienst anzurechnen, da es bei der Feststellung dieses Betrages lediglich auf die Tatsache, ob er für gewisse Zeit tatsächlich verdient wird, nicht aber, wie in der angefochtenen Entscheidung angenommen wird, auf eine rechtliche Verpflichtung des Versicherten ankommt, sich einen Nebenverdienst zu verschaffen. Es handelt sich also darum, den Jahresarbeitsverdienst durch eine Schätzung oder Durchschnittsberechnung auf Grund tatsächlicher Verhältnisse festzustellen. Hierbei stellt sich aber der Jahresarbeitsverdienst seit Dezember 1915 auf mehr als 2500 ℳ, besonders da der Verdienst aus den Überstunden sich seit dieser Zeit nicht unbeträchtlich erhöht hat. Es steht auch nicht fest, daß dieser Nebenverdienst in nächster Zeit wieder in Wegfall kommen wird. Daher handelt es sich auch hier um einen regelmäßigen Nebenverdienst, wenn auch die Überstunden, für sich allein betrachtet, gelegentlich geleistet werden. Auch gelegentliche Tätigkeiten können regelmäßig ausgeübt werden und zu einer dauernden, nicht unwesentlichen Einnahme führen.

Hiernach konnte nur festgestellt werden, daß der Beschwerdeführer, für welchen als Handlungsgehilfen die Vorschrift des § 165 Abs. 2 der RVO. gilt, seit Dezember 1915 einen regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2500 ℳ gehabt hat.

B. Zur Krankenversicherung.

Der Vorsitzende der Betriebskrankenkasse als Vertreter der Aufsichtsbehörde. — Beschwerderecht der einzelnen Vorstandsmitglieder. — Zuziehung der Vorstandsmitglieder zu Ausschußsitzungen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. November 1916 (2295 Amtl. Nachr. 1916 S. 809).

Der von den Beschwerdeführern gerügte Mangel des Verfahrens liegt nicht vor. Allerdings hängt die Betriebskrankenkasse für die Königliche Eisenbahndirektion mit der Behörde, die nach § 377 Abs. 3 RVO. als Aufsichtsbehörde bestellt ist, eng zusammen; denn die Behörde ist zugleich Arbeitgeber, und ein Mitglied der Behörde Vertreter des Arbeitgebers und als solcher gemäß § 338 Abs. 3 Vorsitzender des Vorstandes und des Ausschusses. Hieraus ergibt sich eine Sonderstellung des Arbeitgebers, die in dieser Art bei anderen Krankenkassen nicht gegeben ist. Das beruht einmal auf dem eigenartigen Aufbau der Betriebskrankenkassen überhaupt, dann aber in der besonderen Stellung der Betriebskrankenkassen für Reichs- und Staatsbetriebe, wie sie durch § 377 Abs. 3 vorgesehen oder zugelassen ist. Diese Sonderstellung führt aber noch nicht dazu, daß die Eisenbahndirektion, wenn sie als Aufsichtsbehörde der Betriebskrankenkasse über Aufsichtsbeschwerden entscheidet, Richter in eigener Sache ist. Die Geschäfte der Betriebskrankenkasse sind völlig getrennt von denen der Aufsichtsbehörde. Die einen wie die anderen werden von verschiedenen Personen wahrgenommen. Die Akten ergeben dies auch für den vorliegenden Fall, da die von einem Mitglied der Königlichen Eisenbahndirektion gezeichnete Entscheidung vom 28. Juli 1915 dem durch ein anderes Mitglied vertretenen Vorstand der Betriebskrankenkasse zur Kenntnisnahme vorgelegt worden ist. Unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes war allerdings durch Anordnungen einzelner oberster Verwaltungsbehörden der Fall vorgesehen, daß eine Behörde wegen ihrer „Beteiligung" von der Entscheidung eines Streitfalls ausgeschlossen war (zu vgl. Ziff. 8 des Erlasses der Preuß. Minister des Innern und für Handel und Gewerbe vom 26. August 1899, betreffend die Ausführung des Invalidenversicherungsgesetzes, — Ministerialbl. für die gesamte innere Verwaltung 1899, S. 165 — sowie Ziff. 60 der Ausführungsanweisung zum Krankenversicherungsgesetze vom 10. Juli 1892 — Ministerialbl. für die gesamte innere Verwaltung 1892, S. 301). Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Ausschluß und Ablehnung von Mitgliedern des Spruchausschusses (§§ 1611 bis 1649), die nach § 1789 auch für das Beschlußverfahren gelten, unterscheiden sich jedoch dadurch von dem früheren Rechte, daß sie — ebenso wie

Digitized by Google

die Zivilprozeßordnung (§ 41 ff.) — nur den Ausschluß oder die Ablehnung einzelner Personen zulassen (zu vgl. Entsch. 2873, Amtl. Nachr. 1916 S. 415). Es kann also nur die Anwendung des § 1641 Nr. 5 in Frage kommen, wonach von der Mitwirkung ausgeschlossen ist, wer als gesetzlicher Vertreter einer Partei aufzutreten berechtigt ist. Danach dürfte das Mitglied der Königlichen Eisenbahndirektion, das Vorsitzender der Betriebskrankenkasse ist, nicht zugleich als Vertreter der Aufsichtsbehörde entscheiden. Bei Übertragung dieser Obliegenheiten auf verschiedene Personen ist jedoch ein Ausschluß im Sinne der §§ 1641, 1789 RVO. nach der Gesetzeslage nicht anzunehmen. Auch der Hinweis der Beschwerdeführer auf Hoffmann, Kommentar Anm. 12 zu § 377, ist verfehlt. Dort ist nicht ausgeführt, wie die Beschwerdeführer behaupten, daß die Aufsichtsbeschwerde „sogleich" an das Oberversicherungsamt zu richten sei, sondern es ist gesagt, die Beschwerde gehe an das besondere Oberversicherungsamt. Gemeint ist damit offenbar, daß die Rechtsbeschwerde über die Entscheidung der Aufsichtsbehörde an das Oberversicherungsamt, und zwar, soweit ein besonderes Oberversicherungsamt besteht, an dieses geht. Die Königliche Eisenbahndirektion F. durfte also als Aufsichtsbehörde der Betriebskrankenkasse entscheiden.

Zu prüfen ist sodann die Befugnis der Beschwerdeführer zur Einlegung der Beschwerde. Es handelt sich um einen Streit über Rechte und Pflichten der Organe (der Krankenkasse) und von Mitgliedern dieser Organe (§ 33 der RVO.), nämlich über die Pflicht des Ausschusses oder des Ausschußvorsitzenden, die Vorstandsmitglieder zu den Ausschußsitzungen zuzuziehen, und das Recht der Vorstandsmitglieder, an diesen Sitzungen teilzunehmen. Es stehen also Rechte der einzelnen Vorstandsmitglieder in Frage, und diese können sie im Beschwerdewege geltend machen. Anders liegt der Fall der Entsch. 1845 (Amtl. Nachr. 1914 S. 515). Er betrifft die Wahrung der Kasseninteressen gegenüber den Behörden bei der Gestaltung einer Kassensatzung. In solchem Falle steht das Beschwerderecht allerdings nicht den einzelnen Vorstands- oder Kassenmitgliedern, sondern dem Vorstand zu. Der Unterschied liegt darin, daß es sich im letzten Falle um die Vertretung von Kasseninteressen durch das dazu berufene Organ, den Vorstand, handelt, hier aber die Rechte einzelner Vorstandsmitglieder in Rede stehen, wie ja auch die Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen, die im § 80 Abs. 5 die Teilnahme der Vorstandsmitglieder an den Ausschußsitzungen regelt, dort nicht vom Vorstand, sondern von den Mitgliedern des Vorstandes spricht. Die Beschwerdeführer sind also zur Einlegung der Beschwerde berechtigt.

Der Beschwerde kann aber nicht stattgegeben werden. Das Recht der Vorstandsmitglieder auf Teilnahme an den Ausschußsitzungen ist nicht ohne weiteres durch das Gesetz begründet; denn das Gesetz, das im § 338 vorsieht, daß der Arbeitgeber dem Vorstand und dem Ausschuß der Betriebskrankenkasse angehört, sagt von einer Teilnahme der anderen Vorstandsmitglieder an den Ausschußsitzungen nichts. Anderseits schließt die Reichsversicherungsordnung eine solche Teilnahme nicht aus. Namentlich steht § 11, wonach die Sitzungen der Organe nicht öffentlich sind, nicht entgegen. Diese Vorschrift hat, wie die Erklärung des Regierungsvertreters in der Kommission (Kommissionsber. I S. 10) ergibt, nicht die Bedeutung, daß unbedingt jede nicht dem Ausschuß angehörende Person von der Sitzung auszuschließen sei; vielmehr können Personen zugezogen werden, deren Erscheinen im Interesse der Sache jeweilig gewünscht wird. Dazu können auch Vorstandsmitglieder gehören (zu vergl. Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 2 zu § 11; Haenel in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Vers. 1916, Sp. 37 ff.). Hiermit im Einklang steht auch der vorerwähnte § 80 Abs. 5 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen, wo in einem Klammersatze dessen Aufnahme in die Kassensatzungen nicht notwendig, sondern nach Ermessen erfolgt, die Bestimmung vorgesehen ist, daß die Mitglieder des Vorstandes zu den Sitzungen eingeladen und auf Verlangen gehört werden. Eine Anmerkung dazu hebt ausdrücklich hervor, daß § 11 RVO. der Aufnahme einer solchen Bestimmung nicht entgegensteht. Daß die Mustersatzung für die Betriebskrankenkassen eine derartige Bestimmung nicht aufgenommen hat, ist für die Frage, ob sie zulässig ist, ohne Belang. Fehlt aber in der Reichsversicherungsordnung eine Vorschrift, welche die Beteiligung der Vorstandsmitglieder an den Ausschußsitzungen vorsieht, so ist es nicht angängig, diese Teilnahme aus Rücksichten der Billigkeit oder Zweckmäßigkeit, wie die Beschwerdeführer sie geltend machen, ohne weiteres zuzulassen. Als ein unmittelbares Recht der Vorstandsmitglieder — gewissermaßen aus dem Geiste des Gesetzes heraus — ist sie nicht anzuerkennen, vielmehr nur als ein durch die Satzung zu begründendes Recht. Die Satzung der Betriebskrankenkasse für den Eisenbahndirektionsbezirk F. hat hiervon keinen Gebrauch gemacht. Also steht den Beschwerdeführern auch nicht ohne weiteres das Recht zu, ihre Zuziehung zu den Ausschußsitzungen zu verlangen. Insoweit ist also die Auffassung des Oberversicherungsamts zu bestätigen. Zu erörtern bliebe noch, ob nicht die Mitglieder des Ausschusses — auch ohne eine entsprechende Satzungsbestimmung — durch Mehrheitsbeschluß die Einladung und Zuziehung der Vorstandsmitglieder herbeiführen können. Das Oberversicherungsamt verneint dies, weil die Satzung nur die Einladung der Ausschußvertreter bestimme und dem Vorsitzenden eine über den Rahmen der Satzung hinausgehende Pflicht durch den Beschluß nur der einen Gruppe des Vorstandes und des Ausschusses nicht auferlegt werden könne. Diese Frage braucht aber hier nicht entschieden zu werden, weil,

Digitized by Google

wie schon erwähnt, ein Beschluß im angedeuteten Sinne überhaupt nicht ergangen ist.

Kriegswochenhilfe: Zahlungszeit für die bare Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Januar 1917 (II a K. 360/16).

Die Kasse meint, daß die Unterstützung auf Grund des § 3 Nr. 3 der Bek. vom 3. Dezember 1914 erst nach der Niederkunft gefordert werden könne, weil es sich bei den Leistungen dieser Bekanntmachung lediglich um Leistungen an Wöchnerinnen handle. Diese Auffassung ist unzutreffend. Wie sich aus dem Wortlaut des § 3 a. a. O. ergibt, soll eine Beihilfe bis zum Betrage von 10 ℳ für Hebammendienste und ärztliche Behandlung gewährt werden, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden. Es handelt sich also um Gewährung einer Schwangerenunterstützung im Hinblick auf die einer Geburt vorausgehenden Schwangerschaftsbeschwerden. Wann diese zu zahlen ist, darüber sagt diese Vorschrift nichts. Dagegen ist in § 7 Abs. 2 der mehrfach bezeichneten Bekanntmachung vorgeschrieben, daß für die Leistungen nach §§ 3, 4, auch unter anderem § 210 RVO. entsprechend gilt. Hiernach werden Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes mit Ablauf jeder Woche ausgezahlt. Diese Vorschrift ist hier sinngemäß anzuwenden. Die Klägerin hat daher nicht, wie die Kasse meint, erst nach der Niederkunft, sondern bereits mit Ablauf der Woche, in der die Inanspruchnahme des Arztes erforderlich wurde, Anspruch auf Erstattung der entstandenen Kosten bis zum Betrage von 10 ℳ (so auch Krause, Kriegswochenhilfe I Anm. 3 zu § 3 der Bek. vom 3. Dezember 1914). Gegen eine solche Auffassung lassen sich auch nicht etwa, wie die Kasse weiter meint, Bedenken in den Fällen, in denen später Fehlgeburten eintreten, herleiten. Denn auch die einer Fehlgeburt vorausgehenden Beschwerden können sich als Schwangerschaftsbeschwerden darstellen (zu vgl. auch Entsch. 2268, Amtl. Nachr. 1916 S. 742). Nach allem erwies sich die angefochtene Entscheidung als zutreffend. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Teuerungszulagen für Kassenangestellte.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 9. März 1917 (HMBl. S. 91).

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung können den der Dienstordnung unterstehenden Angestellten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen Teuerungszulagen nur im Wege der Abänderung der Dienstordnung zugewendet werden. Eine Änderung der Dienstordnung erfordert aber nach § 355 RVO. außer der Genehmigung des Oberversicherungsamts getrennte Beschlußfassungen der Arbeitgeber und der Versicherten im Vorstand und im Ausschuß. In Anbetracht der für zahlreiche Kassen zurzeit bestehenden Schwierigkeit, einen beschlußfähigen Ausschuß zusammenzubringen, und in der Absicht, unter den gegenwärtigen Zeitverhältnissen die Bewilligung von Teuerungszulagen zu erleichtern, ist durch Nr. 1 der Bundesratsverordnung vom 1. d. Mts. (RGBl. S. 200) *) bestimmt, daß während des Krieges die Vorstände der Krankenkassen befugt sind, die Gewährung von Teuerungszulagen an die der Dienstordnung unterstehenden Angestellten der Kassen ohne Mitwirkung des Ausschusses zu beschließen. Im übrigen behält es bei den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, insbesondere bei den Erfordernissen der Beschlußfassung in beiden Gruppen des Vorstandes sowie der Genehmigung des Oberversicherungsamts sein Bewenden.

Es steht nichts im Wege, daß eine Krankenkasse von der durch die Verordnung vom 1. d. Mts. gebotenen Erleichterung keinen Gebrauch macht, sondern Teuerungszulagen auf dem durch die Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Wege beschließt. In diesem Falle findet der weitere Inhalt der Nr. 1 der Verordnung keine Anwendung.

Für Kassenbeamte im Sinne des § 359 Abs. 4 RVO. gilt Nr. 1 der Verordnung nicht, weil ihre Gehaltsverhältnisse nicht durch die Dienstordnung, sondern durch das Regulativ festgesetzt werden. Ich ersuche indes, tunlichst überall da, wo den Angestellten einer Krankenkasse oder den gleichartigen gemeindlichen Beamten Teuerungszulagen bewilligt sind, auch für die Kassenbeamten eine entsprechende Regelung innerhalb des Bedürfnisses vorzunehmen.

Ich erwarte, daß die Königlichen Oberversicherungsämter und die Aufsichtsbehörden im Falle des Bedürfnisses bei hinreichend leistungsfähigen Krankenkassen die Bewilligung von Teuerungszulagen an die Angestellten anregen werden.

Fortbestehen älterer Krankenkassenverbände.

Entscheidung des **Reichsgerichts** (3. Zivilsen.) vom 24. Oktober 1916.

Mit dem Inkrafttreten der RVO. haben die alten Krankenkassenverbände nicht ohne weiteres ihre Rechtspersönlichkeit verloren. Es war aber Recht und Pflicht der Versicherungsbehörden, die Änderung der Satzung im Sinne des § 409 alsbald herbeizuführen, oder falls diese Änderung nicht vorgenommen wurde, den alten Verband zu schließen. Freilich sieht weder das alte noch das neue Recht eine Schließung der Krankenkassenverbände ausdrücklich vor. Es folgt jedoch aus §§ 408, 413 Abs. 1 RVO., daß die Ver-

*) ArbVers. 1917 Heft 8 S. 180.

Digitized by Google

sicherungsbehörden die Durchführung der neuen Satzungsnorm des § 409 in diesen aus dem alten Rechtszustande heraus fortbestehenden Verbänden müssen erzwingen können — also befugt und verpflichtet sind, etwa widerstrebende alte Verbände aus der Reihe der Rechtspersonen des neuen Krankenversicherungsrechts zu streichen. Bei dieser Auffassung wird die befremdliche Annahme vermieden, daß eine ordnungsmäßig entstandene Rechtspersönlichkeit des öffentlichen Rechtes ohne ausdrücklichen oder sonst irgend sicher erkennbaren Gesetzesbefehl mit dem Datum des 1. Januar 1914 trotz voller Wirksamkeit bis dahin, ohne weiteres, ohne jede behördliche Verfügung oder auch nur Feststellung, ihre Existenz sollte verlieren können. Eine solche Annahme muß um so anstößiger erscheinen, als die Bestimmungen der §§ 406 ff. RVO. dem § 46 KVG., dessen Gesetzesrecht die nach § 409 nötigen Satzungsbestimmungen in der Hauptsache ersetzte, im wesentlichen gleichlauten —, also nicht ersichtlich bleibt, warum der durch Nachholung einer Satzung im Sinne des § 409 leicht zu behebende Mangel der formellen Übereinstimmung mit dem neuen Recht den Untergang des alten Verbandes und die Schöpfung eines neuen Verbandes erfordern sollte. („Recht" 1917 Entsch. Nr. 503.)

Beschäftigungsort beim Mangel einer festen Betriebsstätte.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Liegnitz** vom 31. Januar 1917. (34 K. S. 1916.)

In der Begründung zu den §§ 165, 166 des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung ist (S. 76, 77) zu der Frage Stellung genommen worden, wo die Krankenversicherung der von dem Arbeitgeber an der auswärtigen Arbeitsstelle und lediglich für diese angenommenen Arbeiter zu erfolgen habe. Danach soll in erster Linie dem praktischen Bedürfnis Rechnung getragen werden, das heißt, es sollen Unzuträglichkeiten vermieden werden, die für den Arbeitgeber und den Versicherten mit einem häufigen Wechsel der Kassenmitgliedschaft infolge einer nur vorübergehenden Tätigkeit verbunden sind.

Die Tätigkeit der bei dem Brunnenbau in Ob. Sch. beschäftigten Arbeiter kann nach Lage der Sache und bei der Art der Beschäftigung nur als vorübergehende angesehen werden, wenn sie auch vom 7. Oktober 1915, mit Unterbrechung vom 11. November 1915 bis 28. Dezember 1915, bis zum 8. Februar 1916 gedauert hat. Überhaupt wird das allgemein für die Betriebe der Kulturingenieure, der Pflastermeister, Brunnenbauer, der Lohn-Dreschmaschinenbetriebe usw. gelten, die sämtlich in der Regel keine feste Betriebsstätte haben, nur einige vertraute Arbeiter vom Betriebssitz mitbringen und die zur Bewältigung der Arbeit etwa noch erforderlichen Hilfskräfte an der Arbeitsstelle selbst anwerben (vgl. Hahn, Handb. der Krankenversi. § 154). Bei Berücksichtigung dieses Grundsatzes waren aber die von der Firma mitgebrachten Arbeiter bei der für ihren Betriebssitz zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse und die an der Arbeitsstelle angeworbenen fremden Hilfskräfte bei der für den Beschäftigungsort zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse zu versichern. Eine Ausnahme würde nur dann einzutreten haben, wenn die Beschäftigung der erstgenannten Arbeitergruppe an einer auswärtigen Arbeitsstätte solange dauern würde, daß ihr ohne Unbilligkeit und allzu große Unbequemlichkeit für sie selbst und ihren Arbeitgeber zugemutet werden darf, als Mitglieder bei der für die Arbeitsstätte zuständigen Krankenkasse einzutreten. Das wird aber in der Regel nur bei größeren, Jahre andauernden Bauanlagen, der Fall sein.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfallzuschuß für Sonn- und Feiertage.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Rev. Sen.) vom 19. Dezember 1916 (II a K. E. 227/16).

Nach § 573 Abs. 1 Satz 1 RVO. sind den auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versicherten Verletzten „mindestens" die Regelleistungen der Krankenkassen nach § 179 an Krankenhilfe zu gewähren. Zu diesen Leistungen gehört das nach § 182 bei Arbeitsunfähigkeit zu gewährende Krankengeld. Die Regelleistungen bilden indessen, wie schon der Wortlaut des Satzes 1 a. a. O. erkennen läßt, nur das Mindestmaß dessen, worauf Unfallerkrankte Anspruch erheben können. Gewährt eine Krankenkasse Mehrleistungen, insbesondere wie hier, auf Grund des § 191 Krankengeld allgemein auch für Sonn- und Feiertage, so steht den Unfallverletzten, wie anderen Erkrankten, ein Anspruch auf diese gesetzlich zulässige Mehrleistung (zu vgl. § 179 Abs. 3 RVO.) zu. Von den nach § 573 Abs. 1 Satz 1 zu gewährenden Leistungen ist nach der ausdrücklichen Vorschrift des Satzes 2 a. a. O. das Krankengeld vom Beginne der fünften Woche nach dem Unfall bis zum Ablauf der dreizehnten auf mindestens zwei Drittel des maßgebenden Grundlohnes zu erhöhen. Auf bestimmte, in diese Frist fallende Tage, insbesondere auf die Arbeitstage, ist die Gewährung dieser erhöhten Leistungen im Gesetze nicht beschränkt worden. Daraus ergibt sich, daß der Zuschuß zum Krankengeld (der

Digitized by Google

sogenannte Unfallzuschuß) Unfallverletzten in dieser Zeit allgemein zu gewähren ist, also auch für Sonn- und Feiertage, wenn für diese Tage nach der Kassensatzung Krankengeld gezahlt wird. Bei Auslegung des § 12 Abs. 1 GewUnfGes., der dem § 573 RVO. entspricht, ist dies ebenfalls angenommen worden (zu vgl. Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts v. 16. Oktober 1911, ArbVers. 1912 S. 183). Auch die Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts zu den §§ 573 bis 576 RVO. v. 28. Juli 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 567 ff.) stehen auf diesem Standpunkt. Denn § 7 a. a. O. bestimmt, daß der Mehrbetrag an Krankengeld (§ 1 der Ausführungsbestimmungen) für jeden Tag gewährt wird, für den Krankengeld nach Gesetz „oder Satzung" zu zahlen ist. Für eine derartige allgemeine Erhöhung des Krankengeldes sprechen auch praktische Rücksichten. Um eine Mehrleistung im Sinne des zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (im Gegensatz zu Regelleistungen) handelt es sich, soweit die Zahlung des Unfallzuschusses nach § 573 RVO. in Frage kommt, nicht. Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Zahlung des Unfallzuschusses wird also durch § 1 des Reichsgesetzes vom 4. August 1914, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (Reichsgesetzblatt S. 337) nicht berührt. Die klagende Kasse war somit verpflichtet, den Verletzten den Unfallzuschuß auch für Sonn- und Feiertage zu zahlen.

Nach § 576 Abs. 1 Satz 1 RVO. ist der Krankenkasse zu ersetzen, was sie nach § 573 über die Pflicht hinaus, die sie sonst nach Gesetz „oder Satzung" hat, gewähren muß. Es ist also, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2226 (Amtl. Nachr. 1916 S. 579) ausgeführt hat, bei Geltendmachung des Ersatzanspruchs im Einzelfalle festzustellen, einerseits, was die Kasse auf Grund des § 573, weil die Krankheit Unfallfolge war, tatsächlich aufgewendet hat, andererseits was sie sonst, d. h. beim Vorliegen einer nicht auf einen Unfall zurückzuführenden Erkrankung, nach dem Gesetze, dem Zweiten Buche der RVO., oder nach der Kassensatzung, insbesondere auch an Mehrleistungen, zu gewähren haben würde. Ergibt sich bei Gegenüberstellung dieser Leistungen, daß die Kasse gerade deshalb, weil die Erkrankung Unfallfolge war, erhöhte Aufwendungen machen mußte, so kann sie wegen des Mehrbetrags Ersatz verlangen. Dies gilt wie schon die Wortfassung des § 576 unmittelbar ergibt, nicht nur hinsichtlich der die Regelleistungen, sondern auch bezüglich der die satzungsmäßigen Mehrleistungen überschreitenden Verpflichtung der Kasse, die auf Grund des § 573 erfüllt worden sind. Hier hatte die Kasse zwar schon nach ihrer Satzung auch für Sonn- und Feiertage Krankengeld zu gewähren, aber nur in Höhe des halben Grundlohnes. Zur Zahlung des erhöhten Krankengeldes, des Unfallzuschusses, war sie lediglich auf Grund des § 573 RVO. verpflichtet, auch für Sonn- und Feiertags. Demnach wurde der Unfallzuschuß allgemein über die Pflicht hinaus gewährt, die der Kasse im Sinne des § 576 a. a. O. sonst oblag. Sie kann deshalb von der Berufsgenossenschaft, da dem Verletzten über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus eine Entschädigung geleistet worden ist, insoweit Ersatz beanspruchen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Invalidenversicherung bei der freiwilligen Kriegskrankenpflege (RGBl. S. 231).

Vom 15. März 1917.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Wer eine die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung begründende Beschäftigung vor seinem durch den gegenwärtigen Krieg veranlaßten Eintritt in das Personal der freiwilligen Kriegskrankenpflege nicht ausgeübt hat und auch nach der Beendigung der Kriegskrankenpflege voraussichtlich nicht ausüben wird, unterliegt wegen einer in der freiwilligen Kriegskrankenpflege übernommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung auch außerhalb des Anwendungsbereiches des § 14 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171) der Versicherungspflicht nur dann, wenn er binnen zwei Monaten nach der Verkündung dieser Verordnung von dem Arbeitgeber oder früheren Arbeitgeber die Leistung von Beiträgen verlangt. Geschieht dies, so hat der Arbeitgeber hierüber dem Beschäftigten auf Wunsch eine Bescheinigung auszustellen.

Sind ohne eine Erklärung im Sinne des Abs. 1 Satz 1 für die Dauer der an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung Beiträge entrichtet, so dürfen die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht deshalb abgelehnt werden, weil die Beiträge zu Unrecht entrichtet seien.

§ 2. Besteht nach § 1 Abs. 1 keine Versicherungspflicht, so sind auf Antrag des Beschäftigten die für ihn entrichteten Beiträge zu erstatten. Der Antrag kann bis zum Ablauf von sechs Monaten nach dem Tage der Verkündung dieser Verordnung oder der

Digitized by Google

späteren Beendigung der Beschäftigung gestellt werden. Er ist an den Vorstand derjenigen Versicherungsanstalt zu richten, deren Namen die Quittungskarten tragen; sie hat die Erstattung auch der an andere Anstalten geleisteten Beiträge zu vermitteln.

§ 3. Ist vor dem Tage der Verkündung dieser Verordnung die Versicherungspflicht eines nach dieser Verordnung versicherungsfreien Beschäftigten in einem Verfahren aus § 1459 der Reichsversicherungsordnung rechtskräftig festgestellt worden, so wird diese Feststellung auf Antrag des Beschäftigten aufgehoben und eine neue Entscheidung erlassen. Der Antrag ist innerhalb der Frist des § 2 bei der Stelle anzubringen, welche die aufzuhebende Entscheidung getroffen hat. Diese Stelle erläßt auch die neue Entscheidung.

§ 4. Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Hierzu werden halbamtlich folgende erläuternde Bemerkungen mitgeteilt: Vom Beginne des Krieges an bestanden Zweifel, ob die in der freiwilligen Kriegskrankenpflege tätigen Pfleger, Pflegerinnen und sonstigen Beschäftigten unter die reichsgesetzlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung fallen. Durch Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 12. Februar 1916 wurde festgestellt, daß sie weder als „Personen des Soldatenstandes" versicherungsfrei noch als „militärische Dienstleistungen" verrichtend beitragsfrei sind, ferner daß sie, soweit sie die Krankenpflege als Beruf ausüben, der Versicherungspflicht unterliegen, also für sie Quittungskarten auszufertigen und Beitragsmarken zu verwenden sind. Offen ließ aber die Entscheidung, ob auch Pfleger und Pflegerinnen, die nach ihrer wirtschaftlichen und Lebensstellung an sich nicht zur versicherungspflichtigen Bevölkerung gehören, und nur aus vaterländischen oder anderen sittlichen Beweggründen sich für die Zeit des Krieges der Krankenpflege widmen, zur Versicherung heranzuziehen seien. Die Zulassung solcher Ausnahmen entsprach nicht nur den Wünschen der meisten Beteiligten selbst, sondern auch der Billigkeit. Die Rechtslage ist nunmehr durch eine Verordnung des Bundesrats aufgeklärt worden, die unter dem 15. März ergangen und auf S. 231 des RGBl. am 16. März verkündet ist. Sie kennzeichnet die in Frage stehende Gruppe von Personen als solche, „die eine die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung begründende Beschäftigung vor ihrem durch den gegenwärtigen Krieg veranlaßten Eintritt in das Personal der freiwilligen Kriegskrankenpflege nicht ausgeübt haben und auch nach der Beendigung der Kriegskrankenpflege voraussichtlich nicht ausüben werden." Diese Personen sollen grundsätzlich versicherungsfrei sein, aber das Recht haben, binnen zwei Monaten von der Verkündung der Verordnung ab, also bis zum 16. Mai 1917, von der sie beschäftigenden Dienststelle die Leistungen von Beiträgen zu verlangen. Tun sie dies, worüber sie sich eine Bescheinigung geben lassen können, so unterliegen sie der Versicherung und die Beiträge sind, soweit sie noch ausstehen, nachzuentrichten. Dies gilt auch für die bereits beendeten, in die Kriegszeit fallenden Beschäftigungsverhältnisse; die erwähnte Erklärung ist dann an den früheren Arbeitgeber zu richten. Wer es bei der Versicherungsfreiheit bewenden läßt, kann binnen sechs Monaten und nach der Verkündigung der Verordnung oder der späteren Beendigung der Beschäftigung die Erstattung der etwa geleisteten Beiträge fordern. Er kann aber auch die Beiträge der Anstalt lassen und, nach Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen, Ansprüche aus der Versicherung erheben, ohne befürchten zu müssen, daß er abgewiesen wird, weil die Beiträge zu Unrecht geleistet seien. Wer erst nach dem 5. Dezember 1916 in die freiwillige Kriegskrankenpflege eingetreten ist, steht im vaterländischen Hilfsdienst. Für ihn gilt der § 14 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917, der Beschäftigten der hier in Rede stehenden Art ebenfalls die Wahl läßt, ob sie versichert werden wollen oder nicht.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Irrenanstaltspflege als Armenunterstützung oder polizeilicher Aufwand?

Entscheidung des **badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 28. März 1916.

. . . Über die Pflicht zur Tragung der Verpflegungskosten enthält weder die landesherrl. Verordn. v. 3. Oktober 1895, noch das an die Stelle dieser Verordn. getretene Irrenfürsorgegesetz v. 25. Juni 1910 (GVBl. S. 299) Bestimmungen. Das Irrenfürsorgegesetz hat grundsätzlich darauf verzichtet, diese Frage einer Regelung zu unterziehen; dies bezieht sich sowohl auf die Fälle des § 2 (Unterbringung auf Antrag) als auf die Fälle des § 5 (Unterbringung auf bezirksamtliche Anordnung). In der Regierungsbegründung wird zu dem § 5, durch den der § 3 Abs. 1 der landesherrl. Verordn. v. 3. Oktober 1895 ersetzt worden ist, ausgeführt, die Kosten der Verpflegung werden, soweit sie nicht aus dem Vermögen des Kranken selbst oder des unterstützungspflichtigen Familienangehörigen bestritten werden können, entweder als ortspolizeilicher Aufwand von der Gemeinde (§§ 59, 60 — jetzt §§ 65 und 66 — GemOrdn. und Städteord.) oder als Armenaufwand von dem unterstützungspflichtigen Armenverband zu tragen sein. Denn die Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken stehe, wie in der Rechtsprechung unbestritten sei, der Annahme, daß eine Unterbringung und Verpflegung in einer Anstalt im Wege der Armenpflege erfolgt sei, nicht entgegen; die Verpflichtung des Armenverbands zur Fürsorge für unvermögende Geisteskranke bestehe im gleichen Umfang gegenüber gemeingefährlichen Geisteskranken. Wenn aber die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt lediglich im Interesse der öffentlichen Sicherheit erfolge, so liege öffentliche Hilfsbedürftigkeit auch dann nicht vor, wenn

Digitized by Google

der Untergebrachte oder dessen unterhaltungspflichtige Familienangehörige zur Zahlung der Verpflegungskosten außerstande seien. Die Frage, ob geisteskranke Personen aus polizeilichen Gründen, im Interesse der öffentlichen Sicherheit oder aus Rücksicht auf ihre Person in einer Anstalt untergebracht seien, könne nur nach den Verhältnissen des einzelnen Falles entschieden werden.

Dem Umstand, daß in den Fällen des § 3 Abs. 1 der landesherrl. Verordn. v. 3. Oktober 1895, jetzt des § 5 Abs. 1 Irrenfürsorgegef., die Polizeibehörde die Unterbringung der Geisteskranken in der Irrenanstalt anordnet und über seine Entlassung beschließt, — § 3 Abs. 2 der genannten Verordn., § 9 Irrenfürsorgegef. — ist nicht schlechthin die Bedeutung beizumessen, daß bei einer solchen Anordnung jeweils ausschließlich die Wahrung des sicherheitspolizeilichen Interesses maßgebend sei und sich der Verpflegungsaufwand demgemäß als Polizeiaufwand darstelle. In der Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimatwesen wird allerdings davon ausgegangen, daß die von der Polizeibehörde veranlaßte Unterbringung eines gemeingefährlichen mittellosen Geisteskranken in einer Irrenanstalt nicht als ein Armenpflegefall anzusehen sei, wenn der Kranke auch während der Dauer seines Aufenthalts in der Anstalt der Polizeibehörde zur Verfügung stehe und seine Entlassung von ihrer Genehmigung abhängig sei, allein aus den in den betreffenden Entscheidungen — BAfH Heft 26 S. 76, Heft 32 S. 61, Heft 36 S. 68/37, Heft 37 S. 71 — erörterten Erwägungen und Unterscheidungen kann nicht gefolgert werden, daß bei der rechtlichen Beurteilung der Kostentragungspflicht in den Fällen des § 5 Irrenfürsorgegef. die Berücksichtigung der Eigenart dieser Bestimmung ausgeschlossen wäre. Eine Anordnung der Polizeibehörde im Sinne des § 5 Irrenfürsorgegef. kann nicht nur im Interesse der öffentlichen Sicherheit erforderlich, sondern auch durch Vorgänge veranlaßt werden, die ihrer Natur nach zweifellos in das Gebiet der Armenpflege gehören. Auch bei der auf Anordnung der Polizeibehörde erfolgten Unterbringung und Festhaltung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt kann der Schutz seines persönlichen Interesses im Vordergrund stehen. Demgemäß kommt es auch bei der Anwendung des § 5 Irrenfürsorgegef. auf die besonderen Verhältnisse des einzelnen Falles an . . , (Reger, Entsch.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Kriegsanleihe und Arbeiterversicherung.

In den „Deutschen Kriegsnachrichten" bemerkt der hervorragende Volkswirtschaftslehrer, Geheimrat Prof. Dr. Schmoller über die neue deutsche Kriegsanleihe u. a. folgendes: „. . . Man nannte in ganz Europa im 18. Jahrhundert den preußischen König den roi des gueux, den König der Bettler, der armen Leute. Nicht umsonst hat er den Bauern vor der Legung, der Hufenberaubung, geschützt, dem Handwerker und Arbeiter Brot und Verdienst geschafft. Und als im 19. Jahrhundert dem zunehmenden Lohnarbeiterstande neue große Gefahren drohten, da waren es doch wieder Preußen und Deutschland, die dem großen Gedanken der Arbeiterversicherung die Bahn brachen. Und Bismarck, der neben der Macht doch ebenso die soziale Versöhnung als sein Lebensziel ansah, der den Sozialdemokraten Lothar Bucher in seinen Dienst zog und auch Karl Marx 1867 für sich gewinnen wollte, er setzte 1886—89 seine ganze große Kraft in die Durchführung der Arbeiterversicherung, um den unteren Klassen das Gefühl zu geben, daß das neue Deutsche Reich gerade auch für sie da sei. Die Masse des Volkes sollte vom Gefühl erfüllt werden, ihr Wohl und Wehe hänge an der Existenz des Reiches.

Und dieses Ziel hat er erreicht. Die ganze deutsche Arbeiterschaft, einschließlich der Sozialdemokratie, steht seit Kriegsausbruch geschlossen hinter der Reichsregierung; die unteren und mittleren Klassen werden von dem Gefühl beherrscht: tua res agitur. (Es geht um dein eigenes Interesse.) Eine Volkseinigkeit ist erreicht, wie sie nur in den Höhenpunkten geschichtlichen Lebens eintritt. Die oberen Klassen haben schon in den ersten Tagen der Zeichnung begonnen, Riesenposten von 1—40 Millionen Mark zu zeichnen. Aber ebenso wichtig ist, daß die mittleren und unteren Klassen ihre Scherflein beitragen. Und daher ist es wohl passend, sie daran zu erinnern, was sie vom Reiche haben.

In unseren deutschen Krankenkassen sind jetzt etwa 15 Millionen Personen versichert, in Frankreich sind es etwa 4—5, in den Vereinigten Staaten vielleicht 2; in unserer Unfallversicherung sind fast 25 Millionen, in unserer Invalidenversicherung 16 Millionen Personen versichert. Wir können sagen: gute ärztliche Behandlung und Krankenhauspflege ist der großen Masse des deutschen Volkes seither zuteil geworden. Früher hatte es krankes Vieh eigentlich besser, als kranke Arbeiter. Ein großer Teil unseres Volkes ist von der Sorge befreit, die Armenkasse in Anspruch nehmen zu müssen. In den Hunderten und Tausenden von Arbeiterversicherungsorganisationen wirken heute die Unternehmer und ihre Beamten und die Arbeiter auf neutralem Boden zusammen; ebenso die Gemeinden, die Unternehmer, die Ärzte und die Arbeiter. Eine Verbesserung der Gesundheitspflege und des Arbeiterwohnungsgesetzes ohne gleichen hat sich vollzogen; die Einsicht unserer Unternehmer in den Wert einer gesunden, kräftigen Arbeiterschaft ist heute — dank des Versicherungswesens — ein ganz anderes als noch 1870—80.

Es sind in der Tat Anbahnungen eines sozialen Friedens geschaffen, die man nicht hoch genug anschlagen kann, so groß auch noch die sozialen Gegensätze sind. Und darauf beruht ein gut Teil unseres heutigen Stärkegefühls, unserer Opferbereitschaft im ganzen Volke. All diese Fortschritte wären bedroht, wenn der Krieg nicht günstig für uns endete. Das wird auch bei der neuen Kriegsanleihe mitwirken, sie fördern!!

Digitized by Google

Von gleichem Vertrauen beseelt, schließt Dr. Leo Gottstein im „Tag" einen Aufsatz über „Unsere Zukunft und die Kriegsanleihe" mit der Bemerkung: „Wenn der Sieg uns die Sicherung des Landes und eine annehmbare Entschädigung bringt, dann ist keine Sparbüchse und keine Anlage so gut wie die, die man uns jetzt bietet."

Bezugsscheine auf Verbandstoffe für Krankenkassen.

Eine amtliche Auskunft der Reichsbekleidungsstelle besagt hierüber mit Bezug auf § 2 Abs. 2 der Bek. des Reichskanzlers vom 31. Oktober 1916 folgendes: Nur den Krankenanstalten und Krankenkassen mit eigener Verbandstoffniederlage ist der Erwerb von Verbandstoffen ohne Bezugsschein verboten. Alle Behörden und behördlichen Betriebe, alle sonstigen Anstalten sowie alle Privatpersonen und privaten Betriebe können mithin Verbandstoffe ohne Bezugsschein in den Apotheken, Drogenhandlungen und sonstigen Verbandstoffhandlungen erwerben.

Unter Krankenanstalten sind sämtliche öffentlichen wie privaten Krankenanstalten zu verstehen.

Unter Krankenkasse mit eigener Verbandstoffniederlage sind nur solche Krankenkassen zu verstehen, die größere Niederlagen von Verbandstoffen zu dem Zwecke unterhalten, sie entweder durch die Ärzte den Kassenpatienten nach Bedarf verabfolgen zu lassen oder die Kassenpatienten damit nach Bedarf unmittelbar zu versehen. Der Betrieb dieser eigenen Verbandstoffniederlage muß also darauf gerichtet sein, mindestens die gebräuchlichsten Verbandstoffe den Krankenkassenmitgliedern nicht durch Vermittlung von Apotheken, Drogenhandlungen und sonstigen Verbandstoffhandlungen, sondern unmittelbar von der Kassenverwaltung liefern zu lassen.

Eine Betriebskrankenkasse wird noch nicht dadurch zu einer Krankenkasse mit eigener Verbandstoffniederlage, daß in den Arztezimmern bzw. in den Fabrikräumen Verbandstoffe zu unmittelbarer Verwendung, insbesondere bei Unglücksfällen, vorrätig gehalten werden oder daß in größeren Fabrikbetrieben eine Unfallstation mit Verbandstoffen ausgestattet wird.

Beschränkung der Dienstgeschäfte beim Rentenausschuß Berlin anläßlich des Krieges.

Mit Rücksicht auf die, einen immer größeren Umfang annehmenden Einberufungen von höheren und mittleren Beamten zum Heeresdienst können die Dienstgeschäfte des Rentenausschusses während der weiteren Dauer des Krieges nur noch in beschränktem Maße weitergeführt werden. Die Tätigkeit des Rentenausschusses bleibt jedoch bestehen bezüglich aller Angelegenheiten, bei denen es sich um Leistungen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte handelt, wie u. a. die Feststellung von Ruhegeld, Hinterbliebenenrenten, Leibrenten, Abfindungen, Beitragserstattungen nach § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und die hieraus sich etwa ergebenden Streitigkeiten (§ 210 a. a. O.). Ebenso werden solche Streitsachen, die durch den Krieg bedingt sind oder auf welche die vom Bundesrat aus Anlaß des Krieges erlassenen Verordnungen Anwendung finden und schließlich solche, in denen der Angestellte Antrag auf Entscheidung über die Versicherungspflicht gestellt und dabei die Rückzahlung von Beiträgen beantragt hat, nach Möglichkeit fortgeführt werden. Das gleiche gilt bezüglich der Auskunftserteilung nach § 122 Nr. 4 a. a. O. Alle übrigen Dienstgeschäfte, insbesondere alle sonstigen Streitsachen aus § 210 a. a. O. über die Versicherungspflicht oder die Beitragsleistung müssen vorläufig zurückgestellt werden.

Wann verlieren Kriegsteilnehmer die Anwartschaft bei der Invalidenversicherung?

Um die Ansprüche aus der Beitragsleistung für die Invalidenversicherung aufrecht zu erhalten und Anträge auf Rente und Heilverfahren bei der Landesversicherungsanstalt stellen zu können, ist es erforderlich, daß der Antragsteller die Anwartschaft erhält. Nach § 1280 RVO. erlischt die Anwartschaft, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte bezeichneten Ausstellungstag weniger als 20 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung entrichtet sind. Es ist nun wiederholt die Frage aufgetaucht, ob die Kriegsteilnehmer und insbesondere die Kriegsbeschädigten, für die Invalidenmarken nicht beigebracht werden, der Anwartschaft verlustig gehen und dann im Falle ihrer Invalidität keinen Anspruch auf die Renten, die Hinterbliebenen im Falle des Todes des Kriegsteilnehmers oder des Kriegsbeschädigten keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrenten geltend machen können. Derartige Befürchtungen sind nach Lage der gesetzlichen Bestimmungen nicht so leicht begründet.

1) Für den Kriegsteilnehmer rechnen nach § 1281 RVO. die Militärdienstzeiten als Wochenbeiträge im Sinne des § 1280 RVO., ohne daß Beiträge geleistet zu werden brauchen, ohne irgendwelche Beschränkung. Nach § 1393 RVO. sind Militärdienstzeiten alle diejenigen vollen Wochen, in denen der Versicherte 1) zur Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten eingezogen gewesen ist oder 2) in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat. Diese Wochen werden jedoch nur denen angerechnet, die vorher berufsmäßig, nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sind. Für diejenigen, welche sich freiwillig versichert haben, kommen die Militärdienstwochen selbstverständlich nicht ohne weiteres zur Anrechnung, sondern nur dann, wenn auch wirklich während dieser Wochen Beitragsmarken für die freiwillige Versicherung weiter geleistet worden sind. Für die versicherungspflichtigen Kriegsteilnehmer rechnen aber die ganzen Wochen, während deren sie zum Heere eingezogen sind, unbeschränkt, d. h. also im vollen Umfange, vom Beginne der militärischen Dienstleistung bis zur endgültigen Entlassung aus dem Heeresverband. Es besteht hier also keineswegs die Gefahr, daß der Kriegsteilnehmer während dieser Zeit die Anwartschaft aus den für ihn geleisteten Beitragsmarken verliert.

2) Etwas anders liegt jedoch die Sache bei den Kriegsbeschädigten. Solange der Kriegsbeschädigte — selbstverständlich unter der Voraussetzung, daß auch er vor seinem Eintritt ins Heer berufsmäßig versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt hat —, dem Heeresverbande noch angehört, rechnen diese Wochen gerade so wie bei jedem Kriegsteilnehmer. Ist er jedoch als Kriegsbeschädigter aus dem Heeresverbande entlassen, so kann eine Anrechnung von militärischen Dienstwochen als Beitragswochen von dem Tage seiner Entlassung an selbstverständlich nicht mehr stattfinden. Ist er alsdann noch krank, bzw. infolge seiner Verwundung nicht imstande, ein Drittel des Normalarbeitsverdienstes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte zu erwerben, so können ihm gemäß

Digitized by Google

§ 1393 Ziff. 3 RVO. diese sogenannten Krankheitszeiten ebenfalls als Beitragswochen angerechnet werden, ohne daß auch für diese Wochen Beiträge geleistet werden. Voraussetzung hierfür ist indessen, daß der Versicherte zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen. Diese Krankheitswochen werden aber nach § 1394 Abs. 3 RVO., im Gegensatz zu den Militärdienstzeiten, nicht unbeschränkt als Wochenbeiträge angerechnet, sondern nur bis zu einer Höchstdauer von 1 Jahr. Es kann also durch Krankheitswochen die Anwartschaft gewahrt werden, ohne daß Beiträge geleistet werden, nur für eine Zeit von 1 Jahr nach der erlittenen Verwundung bzw. nach dem Beginn der als Kriegsbeschädigung aufzufassenden Krankheit. Ist der Kriegsbeschädigte während dieser Zeit noch Soldat, so kommen die Krankheitszeiten überhaupt nicht in Frage. Ist er aber innerhalb dieses Jahres aus dem Heeresverband entlassen, so braucht er bis zum Ablauf der Frist keine Marken zu kleben, um die Anwartschaft zu erhalten. Der letztere Fall wird nun wohl in der Praxis weniger häufig vorkommen. In der Regel wird das Dienstentlassungsverfahren innerhalb eines Jahres nach der Verwundung oder dem Beginn der Krankheit noch nicht zum Abschluß gekommen sein.

3) Auch für den Fall, daß der Kriegsbeschädigte aus dem Heeresverband entlassen worden und infolge seiner Verwundung oder Krankheit noch nicht imstande ist, ein Drittel des Normalarbeitsverdienstes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch Lohnarbeit wieder zu verdienen, ist die Möglichkeit gegeben, die Anwartschaft weiterhin zu erhalten. Nach § 1281 Ziff. 2 RVO. zählen nämlich als Wochenbeiträge im Sinne des § 1280 RVO. auch die Zeiten ohne versicherungspflichtige Beschäftigung, während deren der Anwärter oder der Verstorbene Invalidenrente aus einer Kasse oder einer Sonderanstalt oder Unfallrente von mindestens einem Fünftel der Vollrente bezog. Da nun nach § 1255 Abs. 3 RVO. derjenige Versicherte, der zwar nicht dauernd invalid, aber während 26 Wochen ununterbrochen invalid gewesen ist, für die weitere Dauer der Invalidität die sogen. Krankenrente bekommen kann, so wird in den Fällen, in denen das Jahr abgelaufen ist, für das Krankenwochen als Beitragswochen ohne Beitragsleistung angerechnet werden können, die Gewährung der Invaliden- (Kranken)rente regelmäßig in Frage kommen. Es ist in diesen Fällen also darauf zu achten, daß der Kriegsbeschädigte tatsächlich den Antrag auf Gewährung der Krankenrente bei dem Versicherungsamte des Lazarettortes stellt.

Dem Kriegsteilnehmer wird durchweg bei Kriegsbeschädigung, die ihn über ein halbes Jahr arbeitsunfähig macht, die Krankenrente für die weitere Dauer der Krankheit zuzuerkennen sein, da die neben der Invalidität zu erfüllende Voraussetzung, der Nachweis der Wartezeit, wohl überall gegeben sein dürfte. Selbst bei denjenigen Versicherten, die vor Kriegsbeginn bzw. vor ihrem Eintritt ins Heer noch verhältnismäßig wenig Beiträge geleistet haben, wird bei der langen Dauer des jetzigen Krieges durch die Anrechnung der Militärdienstzeit als Beitragswochen die Wartezeit von 200 Wochen in der Regel wohl nachgewiesen werden können. Der Kriegsbeschädigte wird also nach dem Gesagten die Anwartschaft aufrechterhalten zunächst durch den Nachweis der Militärdienstzeiten während des Krieges, dann vom Tage seiner Kriegsbeschädigung an gerechnet durch den Nachweis von Krankheitszeiten bis zur Dauer eines Jahres und darüber hinaus durch den Bezug der Krankenrente.

Da für die Gewährung der Hinterbliebenenfürsorge gemäß § 1252 RVO. die Voraussetzung erfüllt sein muß, daß die Anwartschaft seitens des Verstorbenen zur Zeit seines Todes erhalten ist, wird durch dieselben Umstände, wie der Anspruch des Kriegsbeschädigten selbst auf Rente und Heilverfahren, auch der Anspruch der Witwe und der Kinder unter 15 Jahren des verstorbenen Kriegsteilnehmers aufrechterhalten. Es handelt sich eben nur darum, daß der Versicherte selbst im Zeitpunkt seines Todes diese Anwartschaft aufrechterhalten hat. Ist dies der Fall, so ist für die Hinterbliebenen keine Gefahr zu befürchten, daß ihnen ihr Recht auf Hinterbliebenenfürsorge nach der RVO. verloren geht, wenn sie auch den Anspruch vielleicht verspätet geltend machen. Es würde alsdann lediglich Bestimmung des § 1253 RVO. Platz greifen, wonach Renten nur für Zeiten innerhalb eines Jahres von der Antragstellung rückwärts ausgezahlt werden können.

(Landesrat Dr. Schellmann in der Korrespondenz für Kriegswohlfahrtspflege.)

Die Arbeitskraft unserer Kriegsbeschädigten.

Die infolge des Krieges unvermeidlichen zahlreichen Verstümmelungen und Gesundheitsbeschädigungen unserer Krieger hatten anfangs vielfach und begreiflicherweise die Befürchtung wachgerufen, daß es nicht leicht sein werde, die Kriegsbeschädigten in einer ihren Kriegsbeschädigungen entsprechenden Beschäftigung unterzubringen. Die umfassende Fürsorge der Heeresverwaltung im Zusammenwirken mit örtlichen und provinziellen, von Behörden und Arbeitgebern tatkräftig unterstützten Beratungs- und Arbeitsvermittlungsstellen für Kriegsbeschädigte zerstreute indes bald diese Befürchtungen. Mitten in den großen, vielseitigen Anforderungen des Krieges entstand eine großzügige, auf alle Teile des Reiches bis ins kleinste ausgedehnte und durchgebildete Organisation, die sich mit Eifer und verständnisvollem Sinn der Aufgabe annahm, geeignete Arbeitsgelegenheiten und Arbeitsstellen für unsere Kriegsbeschädigten zu beschaffen. Zu welchen hocherfreulichen Erfolgen diese Tätigkeit geführt hat, läßt sich u. a. aus einem Bericht der Vermittlungsstelle der rheinisch-westfälischen Stahlindustrie entnehmen. Danach wurden, wie „Der Arbeitgeber", Zeitschrift der Vereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, berichtet, von Beginn des Krieges bis zum 30. Juni 1916 insgesamt 5002 Kriegsbeschädigte nach Maßgabe ihrer Kriegsbeschädigung angestellt; von diesen nahmen weit über die Hälfte bei ihren früheren Arbeitgebern die Arbeit wieder auf. Von den Kriegsbeschädigungen betrafen übrigens Arm- und Beinverletzungen 60,3 v. H. aller Fälle. Ähnlich günstige Feststellungen über die Zahl der untergebrachten Kriegsbeschädigten und deren Rückkehr in alte Arbeitsstellen werden auch aus anderen Bezirken und Gewerbszweigen berichtet.

Wir haben es hier mit äußerst wertvollen Ergebnissen zu tun, die ebenso den Fürsorgemaßnahmen wie den Arbeitgebern und Arbeitnehmern zur Ehre gereichen. Die Anhänglichkeit und Treue der Arbeiter an ihre alten Arbeitsstätten und die freudige Bereitwilligkeit der Arbeitgeber, Kriegsbeschädigte in ihre Betriebe aufzunehmen, sind schöne Beweise des engen Zusammenhanges und der gegenseitigen Wertschätzung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die Krieger und Kriegsbeschädigten aber muß es mit Zuversicht, Befriedigung und Genugtuung erfüllen, daß hinter der Front die große Wirtschaftsgemeinschaft des deutschen Volkes steht, die mit Anerkennung und Dankbarkeit bereit ist, die Tapferen, die im Kampf ums Vaterland körperlichen

Digitized by Google

Schaden erlitten haben, gern wieder in ihre Reihen als tüchtige, schaffende Kräfte im Ausmaß ihrer Leistungsfähigkeit zurückzunehmen, um ihnen im Erwerbsleben vollwertige Plätze einzuräumen.

Dabei muß der hohen Verdienste der deutschen Ärzteschaft und der sorgsamen Krankenpflege um die Wiederherstellung der Verwundeten, von denen ein hoher Prozentsatz die Dienstfähigkeit, ein ebenfalls hoher Prozentsatz seine Arbeitskraft wiedergewinnt, gedacht werden. Ist es nicht ein glänzendes Zeugnis unserer ärzlichen Kunst, daß z. B. in der rheinisch-westfälischen Stahlindustrie bisher allein 60,3 v. H. aller untergebrachten Kriegsbeschädigten mit Arm- und Beinverletzungen wieder zur Arbeit gekommen sind? Unsere Verwundeten dürfen der Gewißheit leben, daß für sie Raum für Verdienst und Tätigkeit vorhanden ist.

Rentenleistungen der Invalidenversicherung.

Nach einer im Reichsversicherungsamt gefertigten Zusammenstellung sind von den 31 Landesversicherungsanstalten und den 10 vorhandenen Sonderanstalten bis einschließlich 31. Dezember 1916 2 579 519 Invalidenrenten, 363 497 Krankenrenten, 647 847 Altersrenten, 46 684 Witwen- und Witwerrenten, 2422 Witwenkrankenrenten, 290 787 Waisenrenten (Rente an Waisenstamm), 130 Zusatzrenten bewilligt worden. Davon sind in dem letzten Kalendervierteljahr 26 477 Invalidenrenten, 25 663 Krankenrenten, 43 554 Altersrenten, 3083 Witwen- und Witwerrenten, 242 Witwenkrankenrenten, 26 400 Waisenrenten, 19 Zusatzrenten festgesetzt worden. Infolge Todes oder aus anderen Gründen sind bereits 1 548 559 Invalidenrenten, 198 639 Krankenrenten, 481 431 Altersrenten, 4849 Witwen- und Witwerrenten, 806 Witwenkrankenrenten, 17 710 Waisenrenten, 35 Zusatzrenten weggefallen, so daß am 1. Januar 1917 noch 1 030 960 Invalidenrenten, 64 858 Krankenrenten, 166 416 Altersrenten, 41 835 Witwen- und Witwerrenten, 1616 Witwenkrankenrenten, 273 077 Waisenrenten, 95 Zusatzrenten liefen. Danach hat sich im letzten Vierteljahr der Bestand an Invalidenrenten um 206, an Krankenrenten um 7833, an Altersrenten um 39 697, an Witwen- und Waisenrenten um 2506, an Witwenkrankenrenten um 139, an Waisenrenten um 24 379, an Zusatzrenten um 15 erhöht. — Bis einschließlich 31. Dezember 1916 ist Witwengeld in 94 197 Fällen (davon entfallen 8765 auf das letzte Vierteljahr) und Waisenaussteuer in 5152 Fällen (davon entfallen 679 auf das letzte Vierteljahr) bewilligt worden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Längere Festhaltung eines Kranken im Krankenhause wegen Pockenverdachts; Leistungspflicht der Kasse.

1. Nach Fürstenwalde. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse, welches geistig nicht ganz normal ist, bekam Ungeziefer und der behandelnde Arzt hielt Krankenhausaufnahme zwecks gründlicher Reinigung für notwendig. Wegen der besonderen Umstände genehmigte die Kasse die Krankenhausaufnahme. Während des Aufenthaltes des Kranken wurden Pockenkranke im Krankenhause behandelt. Inwiefern unser Kassenmitglied mit den letzteren in Berührung gekommen ist, wissen wir nicht. Auf jeden Fall wurde er aber unter den Quarantänevorschriften zirka 39 Tage im Krankenhause festgehalten. Muß die Kasse die Kosten für die ganze Dauer des Aufenthaltes im Krankenhause tragen?

Antwort: Eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne lag nach Beseitigung des Ungeziefers nicht mehr vor, wenn nicht der Pockenverdacht schon eine Maßnahme der Krankenpflege erforderte. Nur wenn dies der Fall war, würden wir die Kasse für leistungspflichtig halten gegenüber dem Krankenhause, weil es auf den Grund, der die Kasse zur Einweisung bestimmte, nicht ankommt. Wurde aber der Versicherte nicht zum Zwecke weiterer Behandlung festgehalten, sondern nur, um der bloßen Möglichkeit weiterer Verbreitung der Pocken vorzubeugen, so ist die Kasse zur Tragung der Kosten nicht verpflichtet. Zu vgl. ArbVers. 1916 S. 287 Ziff. 10.

Ersatzansprüche der Kasse wegen Leistungen bei Unfallerkrankung.

2. Nach Lübbecke. Antwort: Ihre Berechnung ist irrig. Der Unfall ist am 10. Oktober, die Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit infolge des Unfalls aber erst am 18. November eingetreten. Von diesem letzten Tage beginnen die 26 Wochen der eigenen Leistungsdauer der Krankenkasse nach § 183 RVO. Der Unfallzuschuß zum Kranken- oder Hausgeld aus § 573 dagegen ist für die Zeit „von Beginn der fünften Woche nach dem Unfalle bis zum Ablaufe der dreizehnten", also für die Zeit vom 8. November bis 9. Januar zu gewähren, jedoch selbstverständlich nur insoweit, als der Verletzte in dieser Zeit überhaupt Anspruch auf Kranken- oder Hausgeld hatte. Da er erst seit dem 18. November Kassenleistungen und zwar zunächst bis zum 7. Februar Krankenhauspflege erhielt und seitdem die Leistungen aus § 183 empfängt, so kommt ein Zuschuß nur zum Hausgelde für die Zeit vom 18. November bis zum 9. Januar (Ablauf der 13. Woche) in Betracht, also für 53 Tage zu $41^1/_2$ ₰ = 22 ℳ; Zuschuß zum Krankengelde kommt überhaupt nicht in Frage, da der Krankengeldbezug erst nach Ablauf der 13. Woche begonnen hat. Die 22 ℳ hat nach § 576 die Berufsgenossenschaft (nicht der Unternehmer) voll zu erstatten. Für die Leistungen der Kasse vom 10. Januar (Beginn der 14. Woche nach dem Unfall) ab hat die Kasse an die Berufsgenossenschaft außerdem Anspruch auf Ersatz nach §§ 1501 ff. Es

Digitized by Google

sind für die Krankenpflege, gleichviel ob sie im Krankenhause oder außerhalb desselben gewährt ist, $^3/_5$ des Grundlohns voll zu ersetzen. Für den Unterhalt im Krankenhause ist der halbe Grundlohn anzusetzen; dazu tritt noch das regelmäßige Hausgeld (abgesehen von dem schon erwähnten Zuschuß) und vom 8. Februar ab das Krankengeld. Für diese drei Posten aber kann Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden (§ 1503 Abs. 2, § 1505), und zwar nur bis zum Betrage der halben Unfallrente (§§ 1506, 1507).

Dauer des Stillgeldbezugs.

3. Nach Demmin. Frage: Das Versicherungsamt hat einer Wöchnerin, die am 20. September 1916 entbunden ist, aber erst am 21. desselben Monats mit der Stillung ihres Kindes begonnen hat, für den Tag der Geburt das Stillgeld gekürzt. Mit welchem Tage läuft in diesem Falle die Frist ab, wenn das Stillgeld nur für 84 Tage berechnet und bezahlt wird?

Antwort: Nach ausdrücklicher Vorschrift des § 3 Ziff. 4 der Bek. v. 3. Dezember 1914, wie des § 200 RVO., wird Stillgeld immer nur bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft gewährt, also ohne Rücksicht auf Tag, an dem das Stillen und somit der Bezug des Stillgeldes begonnen hat.

a) Versicherungspflichtige Kriegsbeschädigte können nicht in die frühere höhere Lohnklasse wiedereintreten. b) Weiterversicherung eines vermißten Kriegsteilnehmers.

4. Nach D. Antwort: a) Das durch das Ges. vom 4. August 1914 und die Bek. vom 28. Januar 1915 (ArbVers. 1914 S. 567 und 1915 S. 104) geordnete Recht zum Wiedereintritt in die Krankenversicherung zielt nur darauf, den Rechtsverlust zu beseitigen, den versicherungsberechtigte Kriegsteilnehmer durch Versäumen der Beitragszahlung nach § 314 Abs. 1 RVO. oder dadurch erlitten haben, daß sie von ihrem Rechte der Weiterversicherung nach § 313 keinen Gebrauch gemacht haben. Es wird also durch den Wiedereintritt die freiwillige Mitgliedschaft wiederhergestellt oder neu begründet. Eine solche ist aber ausgeschlossen, sobald der zurückgekehrte Kriegsteilnehmer in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, sei es bei seiner früheren oder bei einer anderen Kasse, eintritt. Alsdann wird er kraft Gesetzes (§ 306) Pflichtmitglied der zuständigen Kasse in der durch seine Beschäftigung bedingten Klasse oder Lohnstufe (§ 180) und hat keine Möglichkeit, wenn er als Kriegsbeschädigter geringeren Lohn erhält, in seine frühere höhere Klasse oder Stufe wiedereinzutreten (es sei denn, daß die Voraussetzungen des § 382 vorlägen). Es wäre wohl billig gewesen, wenn der Gesetzgeber ihn auch gegen diese Beeinträchtigung geschützt hätte (vgl. v. Schelhorn in ArbVers. 1916 S. 531 unten, 532 oben), aber das geltende Recht steht ihm entgegen.

b) Für den als vermißt gemeldeten Kriegsteilnehmer müssen die bisher zu seiner Weiterversicherung gezahlten Kassenbeiträge weitergezahlt werden, um die Mitgliedschaft und somit die Ansprüche auf Kassenleistungen, insbesondere auf Sterbegeld, aufrecht zu erhalten. Die Kasse kann die Annahme der Beiträge nicht ablehnen, solange der Vermißte nicht für tot erklärt ist. Anderseits kann die Ehefrau, welche die Beiträge bislang zahlt, nicht Stundung verlangen. Wird der Mann für tot erklärt und ein in der Vergangenheit liegender Tag als Todestag festgestellt (ArbVers. 1916 S. 329, 330), so ergibt sich, da die Fortdauer des Lebens grundsätzlich vermutet wird, erst hiermit, daß und von wann ab die Beiträge zu Unrecht geleistet sind. Die hiernach überzahlten Beiträge können demnächst zurückgefordert werden. Dem Verluste dieses Anspruchs durch den Einwand der Verjährung nach § 29 Abs. 2 kann unseres Erachtens wirksam dadurch vorgebeugt werden, daß die Frau sich die Rückforderung vorbehält, also nur unter einer auflösenden Bedingung zahlt (vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 7 S. 184, 79 S. 142), welche die Kasse gelten lassen muß.

Wochengeld als Krankengeld; Unfallzuschuß.

5. Nach Nürnberg. Antwort: Neben Wochengeld wird Krankengeld nicht gewährt (§ 195 Abs. 3 RVO.). Es soll eine Häufung der beiden Leistungen vermieden werden (Begr. S. 159), aber die Vorschrift darf anderseits nicht zum Nachteil der Wöchnerin ausschlagen. Die infolge Unfalls erkrankte und demnächst niedergekommene Versicherte erhält daher allerdings von der Niederkunft ab das Wochengeld, aber dieses gilt zugleich als Krankengeld (vgl. Hahn, Anm. 7 zu § 195 RVO.), und es ist ihr daher vom Beginn der fünften Woche ab auch der Unfallzuschuß aus § 573 RVO. zu gewähren, selbstverständlich nicht für jeden Tag der Woche (wie das Wochengeld), sondern nur für Arbeitstage. Der Anspruch auf Stillgeld bleibt daneben selbstverständlich gleichfalls bestehen, da er von der Vorschrift in § 195 Abs. 3 überhaupt nicht betroffen wird.

Zur Kassenzugehörigkeit der in Haus- und Ziergärten Beschäftigten.

6. Nach Nauen. Frage: Viele Berliner Familien besitzen in den zu unserem Kreise gehörigen Ortschaften Villen mit Gartengrundstücken, in denen sie teils das ganze Jahr teils nur während der Sommermonate wohnen. Die Gartengrundstücke schwanken mit einigen Ausnahmen in der Größe zwischen 1 bis 15 Morgen, sie werden als Park-, Ziер-, Obst- und Gemüsegärten genutzt. In einigen Fällen ist mit der Gartenwirtschaft auch Viehhaltung verbunden. Die Erträge der Gärten fließen in allen Fällen nur dem Haushalt des Besitzers zu, gewerblich wird davon nichts veräußert. Zur Instandhaltung der Villen und zur Pflege der Gärten und des etwa vorhandenen Viehs werden ständig ein oder mehrere Gärtner, einige Arbeiter und anderes Hauspersonal gehalten. Bisher waren diese Leute bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse hierselbst versichert. Jetzt nimmt aber die Landkrankenkasse diese Leute für sich in Anspruch, weil sie glaubt, daß es sich einschließlich der Gärtner um Haus- und Wirtschaftsgesinde handelt. Da die Gärtner auch auf dem Villengrundstück entweder in einem besonderen Wirtschaftsgebäude oder im Souterrain der Villa wohnen und falls sie verheiratet sind, am eigenen Tisch essen, glaubt die Landkrankenkasse, daß bei diesen Leuten auch die Aufnahme in den Haushalt des Dienstberechtigten gegeben sei. Die Ortskrankenkasse weigert sich, die Leute, besonders die Gärtner, der Landkrankenkasse zu überweisen, weil nach ihrer Meinung die in der Park- und Gartenpflege Beschäftigten zu ihrer Kasse gehören. Zur weiteren Orientierung fügen wir je eine Satzung der Land- und der Ortskrankenkasse bei. Zu welcher Kasse gehören die Gärtner und zu welcher gehört das übrige Personal?

Digitized by Google

Antwort: Nach § 917 RVO. gilt auch die (nicht gewerbliche) Park- und Gartenpflege als landwirtschaftlicher Betrieb, mit Ausnahme „kleiner" Haus- und Ziergärten, die nicht regelmäßig und in erheblichem Umfang mit besonderen Arbeitskräften bewirtschaftet werden und deren Erzeugnisse hauptsächlich dem eigenen Haushalt dienen. Das Reichsversicherungsamt sieht regelmäßig Gärten, die über ¼ Hektar (ungefähr 1 Morgen) groß sind, nicht als bloße Haus- und Ziergärten, also als landwirtschaftliche Betriebe an (Bescheid 2485 Amtl. Nachr. 1911 S. 431). Diese Grundsätze beanspruchen, obwohl sie zunächst nur die Unfallversicherung betreffen, doch allgemeinere Geltung, insbesondere auch für die Krankenversicherung (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 417 RVO.). Danach gehören alle in Frage stehenden Personen, soweit es sich um größere Gärten (von mehr als ¼ Hektar) handelt, schon deshalb in die Landkrankenkasse, weil sie in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt sind. In diese Kasse gehören sie aber aus einem anderen Grunde auch dann, wenn es sich um einen kleineren Garten handelt. Da die Anfrage von Gärtnern, einigen Arbeitern und anderem Hauspersonal spricht, welche ständig mit den Gartenarbeiten beschäftigt werden, so nehmen wir an, daß die Anfrage sich durchweg auf Personen bezieht, die in die Hausgemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen sind. Bezüglich der Gärtner wird dies durch die Angaben der Anfrage bestätigt. Alle diese Personen leisten, wenn nicht landwirtschaftliche, so doch hauswirtschaftliche Dienste. Alle diejenigen, deren Dienste als niedere anzusehen sind, gehören daher nach § 235 RVO., die Gärtner aber, sofern ihre Stellung als gehoben im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff 2 anzusehen sein sollte, nach § 236 mit Bek. vom 23. Mai 1914 (ArbVers. 1914 S. 401) gleichfalls zur Landkrankenkasse. — Sollten die „Arbeiter", entgegen unserer vorstehenden Annahme, nicht in die Hausgemeinschaft aufgenommen sein, so gehören sie nur bei größerem Umfange des Gartens als landwirtschaftliche Arbeiter in die Landkrankenkasse, sonst in die Ortskrankenkasse.

Mehrmonatige Unterbrechung einer von der Kasse genehmigten Anstaltsbehandlung.

7. Nach Moritzburg. Frage: Für ein an Lues — Syphilis — erkranktes Mitglied unserer Kasse, ordnete der Kassenarzt Anstaltsbehandlung an, aus der der Versicherte nach sechswöchentlichem Aufenthalt entlassen wurde. Vier Monate danach hat er sich, ohne daß es der Kassenarzt von neuem angeordnet hätte, 12 Wochen lang, je einmal, in der Klinik vorgestellt, wodurch 84 ℳ Kosten für Arzt und Heilmittel entstanden sind. — Können wir Bezahlung ablehnen, weil zur Nachkur die kassenärztliche Anordnung fehlt? Das Mitglied gibt an, bei der Entlassung aus der Anstalt sei ihm gesagt worden, sich nach einigen Monaten wieder vorzustellen.

Antwort: § 368 RVO. gibt der Kasse ausdrücklich auch ohne entsprechende Satzungsvorschrift das Recht, die Bezahlung eines anderen Arztes, als eines Kassenarztes — von dringenden Fällen abgesehen — abzulehnen. Ein dringender Fall lag nicht vor. Die Behandlung war auch abgeschlossen, und es bedurfte daher nach viermonatiger Pause von neuem der Einwilligung der Kasse, wenn die Behandlung in der Klinik, also durch einen anderen Arzt gewährt werden sollte. Anders steht es mit den Heilmitteln. Deren Bezahlung kann die Kasse nur ablehnen, wenn sie auf Grund einer Ermächtigung der Satzung mit bestimmten Apothekern oder Heilmittelhändlern Lieferungsverträge abgeschlossen hat und die Heilmittel nicht von diesen Personen bezogen worden sind (§ 375; vgl. auch Hahn, Anm. 2a zu § 368). Sind aber solche Verträge nicht oder ohne bezügliche Satzungsvorschrift abgeschlossen worden, so muß die Kasse die notwendigen Heilmittel bezahlen, auch wenn sie von einem Nichtkassenarzt verordnet worden sind.

Festsetzung eines niedrigeren Gehalts, als die Dienstordnung vorsieht, ist nichtig.

8. Nach St. Antwort: Wenn der bisherige Assistent durch Vorstandsbeschluß gemäß § 349 RVO. in die erledigte Stelle des Geschäftsführers berufen worden ist, so hatte er auch das für diese Stelle in der Dienstordnung vorgesehene Anfangsgehalt zu beanspruchen. Die Feststellung eines geringeren Gehalts war nach § 357 Abs. 3 RVO. nichtig. Daran wird auch dadurch nichts geändert, daß die Anstellung „mit sechsmonatiger Probezeit" erfolgte. Eine Anstellung auf Probe, für die nach § 351 Abs. 2 die Dienstordnung überhaupt nicht gelten würde, war das nicht, da es sich nur um die Versetzung eines schon vorher der Dienstordnung unterstellten Angestellten in eine andere dienstordnungsmäßige Stelle handelte. Die „Probezeit" konnte daher nur die Bedeutung haben, daß der Vorstand sich nach Ablauf der sechs Monate eine erneute Beschlußfassung vorbehielt. Ob dies nach der Dienstordnung zulässig war, kann dahingestellt bleiben; auf die Höhe des Gehaltsanspruchs für die ersten sechs Monate war es im Hinblick auf § 351 Abs. 2 RVO. jedenfalls ohne Einfluß. Deshalb halten wir den Anspruch auf Nachzahlung für diese Zeit für begründet.

Familienhilfe für Kinder einer Versicherten, deren Ehemann im Felde steht.

9. Nach Schwelm. Antwort: Allerdings wird die häusliche Gemeinschaft durch Einberufung des Ehemannes zum Heeresdienst, wie durch irgendeine andere Trennung der Eheleute, nicht aufgelöst, wenn die Absicht fortdauert, die Gemeinschaft des Lebens nach Beseitigung des Trennungsgrundes wiederherzustellen. Insofern kann man sagen, daß der im Felde stehende und auch der in Gefangenschaft geratene Ehemann noch seinen Haushalt in der Heimat hat und daß er auch der Haushaltungsvorstand ist. Aber der Haushalt ist jedenfalls ein gemeinschaftlicher beider Eheleute, also zugleich Haushalt der Frau, und wenn die Satzung den im Haushalte der Versicherten lebenden Kindern usw. Familienhilfe gewährt und die Ehefrau gegen Krankheit versichert ist, so kann es nicht im mindesten zweifelhaft sein, daß den bei ihr lebenden Kindern die satzungsmäßige Familienhilfe gebührt, obgleich der Ehemann infolge seines Eintritts in das Heer aus der Kasse ausgeschieden ist.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von G. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1169 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. April 1917 | Heft 11

Privatbehandlung des Versicherten durch den Kassenarzt

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin)

I.

Die Schriftleitung des „Ärztlichen Vereinsblatts" hat an mich (und andere) vier Fragen mit dem Ersuchen um gutachtliche Äußerung gerichtet. Ich teile im folgenden die Fragen und meine Äußerungen, wie sie in dem genannten Blatte (Nr. 1118 vom 13. März 1917) abgedruckt sind, mit.

1. Halten Sie es mit Rücksicht darauf, daß die ärztliche Behandlung von Kassenmitgliedern gewissen Beschränkungen unterliegt, unter Umständen für statthaft, daß ein Kassenarzt für besondere Leistungen, zu denen er nach dem Vertrag nicht verpflichtet ist, ein privates Honorar vereinbart? Zu denken wäre hierbei an

   a) größere operative Eingriffe, für die der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung geringere Kosten entstehen;

   b) Behandlung durch Heilkuren mittelst kostspieliger Apparate;

   c) Leistungen gewöhnlicher Art, die unzweifelhaft über das Maß des objektiv Notwendigen hinausgehen, aber vom Patienten ausdrücklich gegen Extrabezahlung gewünscht werden.

Die sinnfälligste Beschränkung, welcher der Anspruch der Kassenmitglieder auf ärztliche Behandlung unterliegt, ist die zeitliche Begrenzung. Wenn nach Ablauf der satzungsmäßigen Leistungsfrist von 26 oder mehr Wochen (§§ 183, 187 Ziff. 1 RVO.) der erstrebte Heilerfolg noch nicht erreicht ist, so wird es gewiß nicht zweifelhaft erscheinen, daß der Kassenarzt auf Wunsch des Versicherten die weitere Behandlung auf dessen eigene Kosten gegen eine frei zu vereinbarende oder nach der Gebührenordnung sich bemessende Vergütung übernehmen darf. Warum sollte nicht Entsprechendes gelten, wenn innerhalb der satzungsmäßigen Frist für die Leistungspflicht der Kasse eine Mehrleistung des Arztes in Frage kommt, für die die Kasse nicht einzustehen hat, weil ihre Leistungspflicht sich auf das „Notwendige" beschränkt, jene Mehrleistung aber nicht eben unbedingt geboten, aber doch nach den Umständen des Falles wünschenswert ist? Fälle dieser Art sind in der Frage erwähnt. Es kommen übrigens auch „notwendige" ärztliche Leistungen in Frage, für die die Kasse nicht aufzukommen braucht, z. B. in den gerade jetzt praktisch häufigen Fällen, daß der Kranke zur Erlangung eines Nahrungsmittels einer ärztlichen Bescheinigung bedarf; Nahrungsmittel hat (der Regel nach) die Kasse nicht zu gewähren, folglich liegt die Ausstellung der Bescheinigung außerhalb der Aufgaben des Kassenarztes als solchen.*) In allen

*) Das wird mit Unrecht bestritten, z. B. von Kleeis in ArbVers. 1917 Heft 6 S. 127. Er meint: Sofern es sich um Kassenmitglieder handle, die in ärztlicher Behandlung stehen, weil sie krank sind, könne es keinem Zweifel unterliegen, daß die Ausstellung der Bescheinigung unter die Leistungen falle, deren Bezahlung in den Verträgen zwischen Kassen und Ärzten geregelt sei. Andere Fälle seien kaum denkbar und würden kaum vorkommen. — Das ist irrig. Zahlreichen Kranken (Magen- und

Digitized by Google

Fällen der erwähnten Art ist kein Grund einzusehen, weshalb der Kassenarzt den erwünschten Dienst nicht auf Grund privater Vereinbarung mit dem Versicherten leisten dürfte. Dem Interesse der Kasse — dem der Kassenarzt selbstverständlich nicht zuwiderhandeln darf — sind solche Mehrleistungen und folglich auch solche private Vereinbarungen mindestens nicht abträglich, wenn unterstellt werden darf, daß kein Arzt sich zu anderen Leistungen auf Kosten der Versicherten herbeilassen wird, als zu solchen, von denen keinesfalls eine Beeinträchtigung, sondern eher eine Förderung des Heilerfolges erwartet werden kann.

2. Ist zuzugeben, daß sich eine laufende private Behandlung, bei der das Maß der ärztlichen Leistungen nicht durch die Erfordernisse des Krankheitsfalles allein, sondern auch durch den Willen und die persönlichen Ansprüche des Patienten bestimmt wird, ihrem Gesamtinhalt nach von der durch mannigfache Vorschriften seitens der Kasse beschränkten kassenärztlichen Behandlung unterscheidet?

Daß aus ärztlichen Kreisen die Frage gestellt wird, ob eine laufende private Behandlung, unter Berücksichtigung persönlicher Ansprüche des Kranken, ihrem Gesamtinhalt nach sich von der kassenärztlichen Behandlung unterscheidet, beweist, daß ein Unterschied dieser Art in der Praxis der Ärzte tatsächlich besteht. Nur ein Pharisäer könnte ihn leugnen wollen. Es ist selbstverständlich, daß — auch bei gleicher Gewissenhaftigkeit des Arztes gegenüber allen seinen Kranken — nicht nur der Fürst anders als der Bauer, sondern auch der zahlungskräftige, verwöhnte Bürger anders als der (im allgemeinen) anspruchslosere und duldsamere Kassenkranke behandelt wird. Das Gesetz selbst erkennt mittelbar den Unterschied als berechtigt an, indem es ihm Rechnung trägt. Denn daß die Gebührenordnung für eine und dieselbe ärztliche Verrichtung, je nach der Person des Zahlungspflichtigen, verschiedene Vergütungssätze mit zum Teil sehr erheblicher Spannweite vorsieht und bei kassenärztlicher Behandlung die niedrigsten Sätze für maßgebend erklärt, hat seinen Grund nicht nur in der Rücksicht auf die ungleiche Zahlungsfähigkeit der einzelnen Zahlungspflichtigen und auf die oft recht ungleichen Schwierigkeiten einer ärztlichen Verrichtung, sondern gewiß auch in der vorausgesetzten Verschiedenheit der Ansprüche der Kranken an die Behandlung in an sich gleichartigen Fällen. Bei Krankenkassenmitgliedern kommt hinzu, daß die ärztliche Behandlung — ganz abgesehen von den bereits (oben unter 1) erwähnten Beschränkungen — durch gewisse gebotene Rücksichten auf das Interesse der Kasse einen eigenartigen Charakter annimmt. Die Kasse hat durch eine „Krankenordnung" die Meldung und Überwachung der Kranken sowie ihr Verhalten zu regeln (§ 347 RVO.). Diese Krankenordnung darf der Kassenarzt bei seinen Anordnungen nicht unbeachtet lassen. Der Versicherte, der die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt, ist einer Bestrafung ausgesetzt (§ 529). Es muß als selbstverständliche Treupflicht des Kassenarztes angesehen werden, daß er mindestens erhebliche Verstöße in dieser Richtung zur Kenntnis der Kasse bringt, um die Wirksamkeit der von der Kasse erlassenen Vorschriften und seiner eigenen Anordnungen zu sichern. Der Kassenarzt ist vielfach auch bei Verschreibung von Heilmitteln an Weisungen der Kasse oder, auch ohne solche, durch die gebotene Rücksicht auf die Kassenmittel gebunden: er hat von gleich wirksamen Mitteln das billigere, wenngleich für den Kranken minder bequeme zu verordnen. Endlich schließt die Übernahme von ärztlichen Diensten für eine Krankenkasse auch die Pflicht des Arztes zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte, Befundberichte, Gutachten ein, während der Privatarzt der Regel nach an die im § 300 des Strafgesetz-

Darmleidenden, Zuckerkranken usw.) verordnet der Arzt eine bestimmte Art der Ernährung: Enthaltung von gewissen Speisen und entsprechend reichlicheren Genuß anderer. Die Beschaffung der ausreichenden Menge dieser anderen Nahrungsmittel liegt außerhalb der Aufgaben der Kasse und des Kassenarztes. Folglich kann die Kasse auch nicht verpflichtet sein, für die in der Kriegszeit zur Beschaffung der Speisen erforderliche Bescheinigung zu sorgen.

Digitized by Google

buchs begründete Schweigepflicht gebunden ist. Aus allen diesen Gründen ist die kassenärztliche Behandlung auch der Art nach von einer privaten nicht unerheblich unterschieden.

3. Ist daher in Fällen, wo eine private Behandlung von Patienten ursprünglich gewünscht und vom Arzt ohne Rücksicht auf äußere Beschränkung geleistet wurde, anzunehmen, daß sie ohne weiteres durch ein nach der vereinbarten kassenärztlichen Taxe oder nach einem Pauschale (Monats- oder Quartalsbon) berechnetes Honorar abgegolten ist, falls der Patient nachträglich seine Kassenmitgliedschaft geltend macht?

Nach den Ausführungen unter 2. ist davon auszugehen, daß der Versicherte, der eine private Behandlung sei es ausdrücklich wünscht oder doch stillschweigend in Anspruch nimmt, indem er sich nicht als Kassenmitglied vorstellt, sich des Unterschiedes zwischen einer solchen und einer kassenärztlichen Behandlung bewußt sein muß, und daß ebenso der Kassenarzt, indem er die Behandlung übernimmt, sich von vornherein anders einstellt und tatsächlich eine andere Leistung als kassenärztliche Behandlung gewährt. So kommt zwischen beiden durch Antrag und Annahme ein Vertrag zustande (§ 145 BGB), ein Dienstvertrag, der den Arzt zu privatärztlicher Behandlung, den Versicherten zur Gewährung der vereinbarten oder, beim Mangel einer besonderen Vereinbarung, der taxmäßigen Vergütung verpflichten würde (§§ 611, 612 BGB.) — vorausgesetzt, daß keine Bedenken gegen die Gültigkeit eines solchen Vertrages im Hinblick auf die besonderen Eigenschaften und Verhältnisse der beiden Vertragschließenden bestehen. Soweit es sich um den Versicherten handelt, sind Bedenken nicht zu erheben. Er ist in seiner Eigenschaft als Kassenmitglied im Fall einer Erkrankung nur berechtigt, nicht verpflichtet, die Leistungen seiner Kasse zu beanspruchen, also auch nicht gehindert, mit Umgehung des Kassenarztes sich von einem beliebigen anderen Arzte behandeln zu lassen. Tut er dies, so kann die Kasse nur, von dringenden Fällen abgesehen, die Bezahlung des anderen Arztes ablehnen (§ 368 RVO.); der Anspruch auf Krankengeld im Falle der Arbeitsunfähigkeit bleibt ihm unverkümmert, obgleich er sich durch Umgehung des Kassenarztes der Krankmeldung bei der Kasse und ihrer Überwachung während der Krankheit entzogen und dadurch die Rechtslage der Kasse ganz wesentlich beeinträchtigt hat. Nichts anderes aber wird gelten können, wenn der Versicherte sich zwar an den Kassenarzt gewendet, ihn aber ausdrücklich oder, unter Verschweigung seiner Kassenzugehörigkeit, stillschweigend um privatärztliche Behandlung ersucht hat. Auch das ist nach Zweck und Sinn des Gesetzes (§ 368 RVO.) nichts anderes als eine Umgehung des Kassenarztes mit jenen, die Rechtslage der Kasse erschwerenden Folgen. Hierzu darf der Kassenarzt bewußt seine Hand nicht bieten. Das wäre eine offenkundige Verletzung der durch den Vertrag mit der Kasse übernommenen Treupflicht (zu vgl. § 157 BGB.) und folglich ein Verstoß gegen die guten Sitten, der den Vertrag zwischen dem Arzt und dem Versicherten nichtig macht (§ 138 BGB.). Daher erzeugt dieser Vertrag, wenn der Arzt von vornherein wußte, daß er es mit einem Kassenmitgliede zu tun hat, überhaupt keine Rechtsansprüche, so daß der Arzt die Behandlung als kassenärztliche gelten lassen muß und dafür durch die ihm nach seinem Vertrage mit der Kasse zustehende Vergütung abgefunden ist. Entsprechendes aber gilt, wenn der Kassenarzt die Zugehörigkeit des Kranken zur Kasse erst nachträglich erfahren hat: bis dahin gilt die privatärztliche Behandlung; von da ab kommt nur kassenärztliche Behandlung in Frage.

4. Ist die in dem Vertrag mit der Krankenkasse oder der von ihr anerkannten Dienstanweisung für die Kassenärzte enthaltene Festsetzung einer bestimmten Frist, innerhalb deren die Legitimierung des Behandelten als Kassenmitglied zu erfolgen hat, rechtlich wirksam

a) für den Kassenarzt, so daß er mit Aussicht auf Erfolg sich weigern kann, auf das erhaltene oder ausbedungene Honorar zu verzichten, falls eine Legitimierung erst nach Ablauf der Frist erfolgt?

Digitized by Google

b) für die Krankenkasse?

Es kommen hier die Fälle in Betracht, in denen der Kranke, der sich ohne Legitimationsschein behandeln ließ,

1. seine Mitgliedschaft nicht kannte;

2. sie kannte, aber keinen Gebrauch davon machen wollte;

3. sie vorläufig verschwieg, um sich eine Privatbehandlung zu verschaffen.

Die im vorstehenden begründete Verpflichtung des Arztes, Kassenmitglieder nur als solche zu behandeln, läßt sich nicht als irgendwie im öffentlichen Recht wurzelnd und daher zwingend auffassen, sondern nur aus dem privatrechtlichen Vertragsverhältnis zwischen der Kasse und ihrem Arzt herleiten. Sie besteht nur als Vertragspflicht gegenüber der Kasse, und dieser ist es daher anheimgegeben, den Arzt von der Pflicht zu entbinden. Wenn also in dem Vertrage selbst oder in einer von der Kasse für die Ärzte erlassenen Dienstanweisung bestimmt ist, daß der Kranke, der den Arzt angeht, sich innerhalb einer gewissen Frist als Kassenmitglied auszuweisen hat, so wird man dies — sofern nicht die Fassung oder der sonstige Inhalt des Vertrages oder der Anweisung eine andere Absicht erkennen läßt — als eine gültige Vertragsfestsetzung dahin aufzufassen haben, daß der Arzt von der Pflicht zur kassenärztlichen Behandlung des Kranken entbunden ist, falls dieser ihm nicht binnen der Frist seine Zugehörigkeit zur Kasse nachweist. Die Bestimmung gilt für und wider beide am Vertrage Beteiligte in gleicher Weise: der Arzt hat den erst nachträglich, aber fristgemäß beigebrachten Nachweis dergestalt gelten zu lassen, daß die Behandlung von vornherein, also auch für die Vergangenheit, als kassenärztliche anzusehen und durch die mit der Kasse vereinbarten Sätze abgegolten ist; und die Kasse hat, wenn die Frist versäumt wird, sich dem Arzte gegenüber des Rechtes begeben, zu rügen, daß der Versicherte auch weiterhin lediglich in der Privatbehandlung des Arztes verbleibe. In beiden Richtungen macht es keinen Unterschied, ob der Kranke sich deshalb nicht als Kassenmitglied auswies, weil er seine Zugehörigkeit zur Kasse nicht kannte oder weil er es bewußt auf die Erlangung einer Privatbehandlung abgesehen hatte; denn das Verhalten des Kranken in dieser Hinsicht kann nicht das auf dem Vertrage beruhende Verhältnis zwischen der Kasse und dem Arzte, sondern nur möglicherweise die Ansprüche des Mitgliedes gegenüber der Kasse berühren. Was in dieser letzteren Richtung zu gelten hätte, steht hier nicht in Frage.

II.

Aus Anlaß der Veröffentlichung dieser meiner Ausführungen im „Ärztl. Vereinsblatt" ist mir vom Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebs-Krankenkassen eine Zuschrift zugegangen, die von meiner oben zur Frage 1 wiedergegebenen Äußerung ausgeht und zunächst an den Satz anknüpft: es sei selbstverständlich, daß — auch bei gleicher Gewissenhaftigkeit des Arztes gegenüber allen seinen Kranken — nicht nur der Fürst anders als der Bauer, sondern auch der zahlungskräftige, verwöhnte Bürger anders als der (im allgemeinen) anspruchslosere und duldsamere Kassenkranke behandelt werde. Die Zuschrift bemerkt hierzu:

„Zu dieser letzteren Auslassung wollen wir uns unter dem Gesichtspunkte des Arztes nicht näher äußern, möchten jedoch feststellen, daß Herr Geheimer Sanitätsrat Dr. med. Mugdan während der Verhandlungen in der internationalen Konferenz für Sozialversicherung vom 6. bis 8. September 1910 im Haag erklärt hat, daß es die größte Beleidigung für die Ärzte sei, wenn ihnen unterstellt würde, daß sie bei der Behandlung die Person ansähen und den Millionär besser behandelten als das Kassenmitglied. — Die Krankenkassen und auch die Versicherten stehen unter dem Eindruck, daß dieser Unterschied besteht. Die Kassen und auch die Kassenärzte sind bemüht, diesen, auch vom rein menschlichen Standpunkt verständlichen Unterschied nicht hervortreten zu lassen. So wird es z. B. von den Krankenkassen auf das Schärfste mißbilligt, wenn Ärzte in der allgemeinen Sprechstunde Privatpatienten bei Einlaß durch Nebentüren oder durch Benutzung besonderer Wartezimmer bevorzugen, wohingegen natürlich gegen besondere Sprechstunden für Kassen- und Privatpatienten nichts einzuwenden wäre. Es würde große Ent-

Digitized by Google

rüstung hervorrufen, wenn sich die Ärzte den Standpunkt der unterschiedlichen Behandlung besonders zueigen machen und in die Erscheinung treten lassen würden.

Geradezu eine Gefahr für die Krankenversicherung bedeutet es unseres Erachtens, wenn die Ärzte bei Behandlung von Kassenkranken dazu übergehen würden, zwischen notwendiger Behandlung und Mehrleistungen zu unterscheiden und für die Mehrleistungen besondere Vergütungen von den Kassenkranken selbst begehrten. Es dürfte doch häufig sehr schwierig sein, die Grenze zwischen notwendiger Behandlung und Mehrleistung festzustellen; die Abgrenzung stände in jedem Falle in dem Ermessen des behandelnden Arztes, der sich bei möglichst weitgehender Auslegung des Begriffs Mehrleistungen besondere Einnahmen verschafft. Ohne dem Ärztestande zunahe zu treten, kann schon auf Grund der Erfahrungen bei Bezahlung der einzelnen Leistungen durch die Krankenkassen festgestellt werden, daß es nicht abzusehen wäre, wohin eine solche Praxis führen würde. — Dem Kassenkranken müßte sich bei einem solchen Verfahren auch die Überzeugung aufdrängen, daß er vom Standpunkte des Arztes ein Patient niederen Rechts sei, der sich eine regelrechte Behandlung erst durch besondere Aufwendungen aus eigenen Mitteln zu erschließen hätte. Wir möchten der Meinung sein, daß durch eine solche Praxis die Krankenversicherung schwer geschädigt würde, daß eine solche Praxis wohl im Erwerbsinteresse einzelner Ärzte, nicht aber im Gesamtinteresse der Ärzte läge."

Hierzu sei folgendes bemerkt:

a) Wenn Geheimrat Dr. Mugdan jene Äußerung getan hat, so halte ich für sicher, daß sie anders, als die Zuschrift anscheinend tut, verstanden werden muß. Es wäre tatsächlich kränkend für die Ärzte, ihnen zu unterstellen, daß sie den Millionär „besser", d. h. gewissenhafter behandeln als das Kassenmitglied. Das Moralische versteht sich immer von selbst. Ich habe daher in meiner Ausführung (oben unter 1) die gleiche Gewissenhaftigkeit ausdrücklich vorausgesetzt und für selbstverständlich nur erklärt, daß der Fürst „anders" als der Bauer und der verwöhnte Bürger „anders" als der anspruchslosere Versicherte behandelt wird. Die Verschiedenheit der Lebensweise, der Lebensformen, der körperlichen und seelischen Empfindlichkeit erfordert geradezu eine Anpassung der Form der ärztlichen Behandlung, und das wäre ein schlechter Arzt, der diese Verschiedenheit nicht beachtete und es insbesondere verschmähte, die in den äußeren Verhältnissen des Wohlhabenden gegebenen besonderen Möglichkeiten für seine Behandlung nutzbar zu machen. Auch die Art der persönlichen Leistung wird der Arzt oft entsprechend verschieden gestalten und in gewissen Grenzen den ausgesprochenen oder vorauszusetzenden Wünschen des wohlhabenderen Kranken anpassen dürfen, ja vernünftigerweise anpassen müssen. Er wird ihm z. B. Besuche in der Wohnung machen in Fällen, in denen er dem Kassenmitgliede unbeschadet des Heilerfolges zumuten darf und aus Rücksicht auf die Kassenmittel zumuten muß, sich zur festgesetzten Stunde in das Sprechzimmer zu bemühen; und er wird, wo zur Überwachung des Krankheitsverlaufs zwei Besuche in der Woche genügen würden, auf Wunsch des Privatpatienten sich zu täglichen Besuchen herbeilassen dürfen, wenn anzunehmen ist, daß dies der Beruhigung des Kranken dienen kann. Solche und zahlreiche andere Unterschiede zwischen einer privatärztlichen und einer kassenärztlichen Behandlung (vgl. oben unter 2) sind zu offenkundig und selbstverständlich, als daß sie von irgendwem ernstlich verleugnet werden könnten.

Dagegen ist es ebenso selbstverständlich, daß die Ärzte nicht „sich den Standpunkt der unterschiedlichen Behandlung besonders zu eigen machen und in die Erscheinung treten lassen" dürfen — womit die Zuschrift wohl nur verletzende Erscheinungsformen treffen will. Die Versicherten würden sich mit Recht über Kränkung oder sogar Schädigung beklagen, wenn der Arzt einem in das volle Sprechzimmer eintretenden Privatpatienten den Vortritt einräumte, sei es offensichtlich oder auf einem Schleichwege. Man braucht nicht gerade Kassenmitglied zu sein, um die Erfahrung zu machen, daß dergleichen vorkommt, und man wird die „Entrüstung" der Kassenmitglieder verstehen und teilen, wenn eine solche unbillige unterschiedliche Behandlung ihnen gegenüber irgendwo als Prinzip

Digitized by Google

in die Erscheinung tritt. Das ist so schlimm, wie wenn ein Arzt den Kassenkranken gegenüber einen rauheren Ton anschlägt, als gegenüber anderen. Aber mit unserer Frage hat das nichts zu tun; denn es betrifft nicht die „ärztliche", sondern die menschliche Behandlung. Ein Arzt aber, der seine Kranken in dieser Richtung verschieden behandelt, stellt sich damit auf eine Stufe mit einem Kleinkrämer, der seinen Gruß und sein Entgegenkommen nach Rang und Vermögen seiner Kundschaft abstuft.

b) Im zweiten Punkt kann ich den Ausführungen der Zuschrift im wesentlichen nicht folgen. Die Beschränkungen der Krankenhilfe für Versicherte sind doch nur notgedrungen bedingt durch die Beschränkung der Kassenmittel. Kann sich ein Versicherter über die Pflicht der Kasse hinaus erwünschte Mehrleistungen an Krankenhilfe verschaffen — um so besser für ihn und für die Kasse. Wünscht der ins Krankenhaus Eingewiesene in einer höheren Verpflegungsklasse verpflegt zu werden, so besteht kein vernünftiger Grund, dem entgegenzutreten, wenn er die Mehrkosten trägt, wie es gelegentlich geschieht. Ebenso muß es dem Kassenarzt unbenommen sein, ein teureres Heilmittel an Stelle eines billigeren, aber minder bequemen zu verschreiben, wenn die Mehrkosten vom Kranken übernommen werden. Warum sollte es mit persönlichen Verrichtungen des Arztes (vgl. oben Frage 1) anders gehalten werden? Es wird eingewendet, daß es oft schwierig sei, die Grenze zwischen notwendiger Behandlung und Mehrleistung zu ziehen. Das ist richtig, aber der Arzt hat diese Frage doch immer zu erwägen, gleichviel ob es sich darum handelt, Leistungen, die über das Notwendige hinausgehen, einfach zu versagen oder sie nur für Rechnung des Versicherten zu übernehmen. Freilich ist nicht zu verkennen, daß in letzterem Falle sein Urteil über die Grenze des Notwendigen leicht durch sein Eigeninteresse beeinflußt und beirrt werden kann. Werden seine Dienste von der Kasse nach Einzelleistungen vergütet, so beschränkt sich dies Interesse auf die Möglichkeit, für Mehrleistungen auf Kosten des Versicherten höhere Sätze zu erlangen, als ihm nach dem Vertrage mit der Kasse zustehen würden. Bezieht er aber von der Kasse eine Pauschvergütung, so besteht sein Sonderinteresse in der Erlangung des vollen Honorars für etwaige Mehrleistungen neben dem Pauschbetrage. Gewiß könnte hierin für den Kassenarzt ein Anreiz liegen, das Maß der „notwendigen" ärztlichen Leistung herabzudrücken und möglichst viel zu Mehrleistungen zu stempeln, die ihm vom Versicherten besonders zu vergüten wären. Allein diese Erwägung enthält nicht ein Bedenken rechtlicher, sondern lediglich praktischer Art. Es handelt sich auf der Seite des Arztes um eine Gewissens- und Taktfrage und auf der Seite der Kasse um eine Vertrauensfrage. Ich hatte nur die Rechtsfrage zu erörtern, und ein Rechtsgrund, aus welchem die Übernahme besonderer Mehrleistungen des Kassenarztes für Rechnung des Versicherten unzulässig wäre, ist nicht zu finden. Insbesondere läßt sich nicht etwa behaupten, daß ein solches Abkommen zwischen dem Kassenarzt und dem Versicherten wegen Verstoßes gegen die guten Sitten schlechthin nichtig sei (§ 138 BGB.). Denn weder das Interesse der Kasse noch das Interesse des Versicherten wird durch das Abkommen verletzt, wenn es sich tatsächlich nur um Leistungen handelt, welche der Kasse nicht obliegen; und die bloße Möglichkeit, daß ein Arzt mißbräuchlich Leistungen, die sich im Rahmen der von der Kasse zu gewährenden Krankenhilfe halten, zu Mehrleistungen stempeln könnte, kann selbstverständlich nicht genügen, Abmachungen solcher Art allgemein für sittenwidrig und nichtig zu erklären.*) Hält eine Kasse die in dieser Richtung liegenden praktischen Bedenken für wichtig genug, so bleibt ihr unbenommen, im Vertrage mit dem Kassenarzt vorzusehen, daß er ohne Genehmigung des Kassenvorstandes Leistungen der Kranken-

*) Im Einzelfalle würde das Abkommen selbstverständlich ungültig sein, wenn die angeblichen Mehrleistungen tatsächlich in den Grenzen der Leistungspflicht der Kasse lagen.

Digitized by Google

hilfe, zu denen die Kasse nicht verpflichtet ist, auch für Rechnung des Versicherten nicht übernehmen darf.

Wenn schließlich geltend gemacht wird, dem Versicherten, der gewisse Mehrleistungen der Krankenhilfe nur auf eigene Kosten erlangen könne, müsse sich die Überzeugung aufdrängen, daß er ein Kranker minderen Rechts sei, so ist das eine bedauerliche Mißdeutung, der man nicht durch Verleugnung von Selbstverständlichkeiten, sondern nur durch Aufklärung des Versicherten über die wirkliche Sachlage begegnen soll. Viel tausend Nichtversicherte sind in der Krankenhilfe, wie in anderen Dingen des Lebensbedarfs, ganz ähnlich, oft sogar noch mehr beschränkt als die Versicherten. Sie möchten statt des Hausarztes einen Facharzt zu Rate ziehen (der dem Versicherten auf Kosten der Kasse zugeordnet wird!), müssen aber die hohen Kosten scheuen; oder sie müssen sich mit einem wohlfeilen Heilmittel begnügen, wo der wohlhabendere Nachbar sich eine wirksamere, aber teurere Kur gestatten kann. Sie werden sich deshalb nicht für Kranke minderen Rechts, sondern nur minderen Vermögens halten dürfen. So darf auch dem Versicherten, der es nicht schon weiß, nicht verschwiegen werden, daß er für seine Kassenbeiträge nur einen, dem Maße wie der Dauer nach, begrenzten Anspruch auf Krankenhilfe erlangt, und daß er Leistungen, die darüber hinausgehen, aus eigenen Mitteln bestreiten muß.

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung

Vom Städtischen Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

(Fortsetzung.)

C. Gesetz vom 4. August 1914 betr. die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (RGBl. S. 337; ArbVers. 569) und § 2 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49; ArbVers. S. 104.

I. Literatur.

Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung: Haumann: „Verhältnis des Gesetzes vom 4. August 1914 betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (RGBl. S. 337) zur RVO." 1916 Sp. 347; Krause: „Zugehörigkeit der Werkstattarbeiter der Hausgewerbtreibenden zu den hausgewerblich Beschäftigten und ihre Krankenversicherung während des Krieges" 1916 Sp. 321.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Hier stand vor allem in Frage, ob Mehrleistungen, die vor dem Kriege noch nicht bestanden haben, in der vereinfachten Form des Kriegsnotgesetzes eingeführt werden können oder ob hierzu das Verfahren über eine Satzungsänderung durchgeführt werden muß. Während das Oberversicherungsamt Bromberg in einer Entscheidung vom 14. April 1916 („Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 506) in Übereinstimmung mit einer Auskunft der Arbeiterversorgung (1916 S. 359 Ziff. 2) unter Beschränkung der neueingeführten Mehrleistung auf Kriegsdauer eine Satzungsänderung für überflüssig erklärte, das Städt. Versicherungsamt München in einer unveröffentlichten Entscheidung vom 26. Juni 1915 zwar die Genehmigung zur Einführung der noch nicht bestandenen Mehrleistung erteilte, ihr Inslebentreten aber von der Durchführung einer Satzungsänderung abhängig machte, sprach sich das Reichsversicherungsamt mit Entscheidung vom 16. September 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 754) für die Durchführung einer Satzungsänderung und daran anschließend für die Genehmigung der Einführung der neuen Leistung als Mehrleistung durch das Versicherungsamt aus.

Digitized by Google

Die Änderung des versicherungsamtlichen Beschlusses, daß höhere oder niedrigere Leistungen gewährt werden, kann nicht einseitig vom Kassenvorstand beschlossen werden, sondern bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Versicherungsamts (ArbVers. 1916 S. 596 Ziff. 5). Diese ist daran geknüpft, daß die Kasse ausgehend von einem Beitragssatz von höchstens 4,5 v. H. leistungsfähig ist; dieser Beitragssatz ist maßgebend, nicht etwa die an sich zweifelsfreie Leistungsfähigkeit des hinter der Kasse stehenden Arbeitgebers (ArbVers. 1916 S. 622 Ziff. 3).

Die Beibehaltung der hausgewerblichen Krankenversicherung hat zwar, wie der Reichskanzler in einem Schreiben vom 2. Oktober 1915 bemerkt, durch ortsstatutarische Regelung zu erfolgen, jedoch begründet eine etwa schon vorher in der Meinung, es genüge eine kassenstatutarische Regelung, getroffene Einführung nach einer Entscheidung des Oberversicherungsamts Hamburg vom 14. April 1916 (ArbVers. 1916 S. 398) keine Ungültigkeit dieser Maßnahme. Dieselbe Entscheidung hat einen privaten Verein, der seitens der Militärverwaltmng Arbeiten entgegennimmt und sie an Firmen weitergibt, die ihrerseits wieder Hausarbeiterinnen mit der Ausfertigung betrauen, nur als Mittelsperson angesehen und daher den Militärfiskus als verpflichtet zur Begleichung der Arbeitgeberzuschüsse bezeichnet.

Wo die Einführung einer ortsstatutarisch geregelten Versicherung des Hausgewerbes nicht erfolgte, Hausgewerbtreibende also mit dem 4. August 1914 aus der Krankenkasse ausscheiden mußten, besitzen sie nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 27. Mai 1916 („Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 508) nicht das Recht, die Versicherung freiwillig fortzusetzen.

D. Gesetz vom 4. August 1914 betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 334; ArbVers. S. 567) und § 1 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49; ArbVers. S. 104).

Der Wiedereintritt eines Kriegsteilnehmers in die Krankenversicherung nach seiner Rückkehr in die Heimat ist nur bei seiner früheren Krankenkasse zulässig (ArbVers. 1916 S. 623 Ziff. 5). Besteht beim Wiedereintritt bereits eine Erkrankung, so gilt nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 14. Februar 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 424; ArbVers. 1916 S. 325), die nunmehr durch die Bekanntmachung vom 16. November 1916 betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (RGBl. S. 1279; ArbVers. 1916 S. 801) ihre Wirkung verloren hat, die Bestimmung, daß Leistungen für diese Krankheit nicht gewährt werden, nur für solche Kriegsteilnehmer, die freiwillig die Versicherung wieder aufnehmen, nicht aber für Kriegsteilnehmer, die auf Grund eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses wieder Mitglieder der Krankenkasse geworden sind. Der Wiedereintritt zieht im übrigen das Wiederaufleben aller früheren Rechte also z. B. auch die Anwartschaft auf den Zuschlag zum Sterbegeld mit sich, der aus dem nunmehr ein Sondervermögen bildenden, auf die Kasse übergegangenen Vermögensbestand einer geschlossenen Kasse zu gewähren ist, wenn nur der Kriegsteilnehmer früher dieser Kasse angehört hat (ArbVers. 1916 S. 286 Ziff. 5 b).

E. Die Kriegswochenhilfe.

I. Literatur.

a) **Arbeiterversorgung:** Erbe: „Kriegswochenhilfe: Zum Begriff des Kriegsteilnehmers" 1916 S. 664; Schwerk: „Wochengeld für zwei Wochen vor der Niederkunft, insbesondere bei der Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914" 1916 S. 577; Sprechsaal: „Die Reichswochenhilfe vor dem Reichstag" 1916 S. 427; —: „Die künftige Friedenswochenhilfe" 1916 S. 643; Tieling: „Zur Anwendung des § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 betr. Wochenhilfe während des Krieges" 1916 S. 795.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Jaeger: „Zur Geltendmachung von

Digitized by Google

Ersatzansprüchen der Armenverbände aus der Kriegswochenhilfe" 1916 Sp. 491.

c) **Die Ortskrankenkasse:** Gebauer und Rieger: „Hebamme und Reichswochenhilfe" 1916 Sp. 435, 537; Schulze: „Streitsachen zwischen Krankenkassen und Lieferungsverbänden" 1916 Sp. 469.

d) **Die Betriebskrankenkasse:** Krause: „Ansprüche von Ausländerinnen auf Reichswochenhilfe" 1916 S. 144.

e) **Die Krankenversicherung:** Dieck: „Der Einfluß der Entlassung oder Beurlaubung auf die Reichswochenhilfe" 1916 S. 129; Trä: „Zweierlei Wochenhilfe" 1916 S. 175.

f) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** Jaeger: „Kriegswochenhilfe und Rechtsprechung" 1916 Sp. 583; Kleeis: „Mutterschaftsversicherung im Ausland" 1916 Sp. 505; Petition wegen Einführung einer reichsgesetzlichen Mutterschaftsversicherung nach dem Kriege" 1916 Sp. 468.

g) **Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft:** Hoffmann: „Die Kriegswochenhilfe" 1916 S. 463.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Im Mittelpunkt der Rechtsprechung und der Verwaltungstätigkeit in der Sozialversicherung steht andauernd der Vollzug der Bekanntmachungen über die Wochenhilfe während des Krieges. Da sich die ergangenen Erlasse, Bescheide und Urteile teilweise in der Richtung der Auslegung der Grundzüge der Reichswochenhilfe bewegen und daher gleichmäßig auf sämtliche Bekanntmachungen Anwendungen zu finden vermögen, so sollen zunächst die gemeinsamen Gesichtspunkte erörtert werden.

Hier ist es vor allem die erste Voraussetzung eines Anspruchs auf Reichswochenhilfe, die Kriegsdienstleistung des Ehemannes oder des Kindsvaters der Wöchnerin und die an ihre Stelle tretenden Tatbestandsmomente, welche die Rechtsprechung beschäftigten. Als Kriegsdienstleistung i. S. der Bekanntmachungen über die Wochenhilfe muß auch die Zurückhaltung von Personen im wehrpflichtigen Alter im Feindesland oder im neutralen Ausland bezeichnet werden, bei denen die Annahme statthaft ist, daß sie durch die Zurückhaltung im Ausland daran verhindert werden, dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste zu leisten. Diese Anschauung hat das Reichsamt des Innern mit Erlassen vom 10. März und 19. Mai 1916 (ArbVers. 1916 S. 827) als zulässig bezeichnet; sie fand in der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 10. April 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 516; ArbVers. 1916 S. 588) auch ihre Bestätigung durch die Rechtsprechung. Als Kriegsdienstleistung ist ferner nach einer Entscheidung des Oberversicherungsamts Leipzig vom 24. Mai 1916 (ArbVers. 1916 S. 449) die auf Kommandierung seitens der Militärbehörde erfolgte Beschäftigung gegen Entgelt in einem privaten Betriebe anzusehen, weil der Abkommandierte unter dem Zwange steht, gerade bei einer bestimmten Firma zu arbeiten, und auch sonst nicht im Sinne einer Beurlaubung oder Entlassung aus den Beziehungen zum Truppenteil ausscheidet. Wird eine Zivilperson auf Grund Anfordern einer militärischen Stelle dieser zur Verfügung gestellt und unterliegt sie in ihrer neuen Stellung den Militärgesetzen und der Militärgerichtsbarkeit, bezieht sie den Lohn seitens der Militärverwaltung und wird sie zudem auch noch besonderen Kriegsgefahren ausgesetzt wie dies z. B. auf die seitens der bundesstaatlichen Eisenbahnverwaltungen dem Chef des Feldeisenbahnwesens zur Verfügung gestellten Eisenbahnarbeiter zutrifft, so leistet sie „ähnliche Dienste" i. S. der Beanntmachungen über die Wochenhilfe und hat daher nach einer Entscheidung des Oberversicherungsamts Zwickau vom 29. Mai 1916 („Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 577) Anspruch auf die gesetzlichen Wochenhilfeleistungen. Eine Kriegsdienstleistung liegt dagegen nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 14. August 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 627; ArbVers. 1916 S. 730) nicht vor, wenn jemand zwar Kriegs- oder ähnliche Dienste leistet, hierdurch aber nicht wesentlich in der Ausübung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit behindert wird, wie dies z. B. bei den in der Heimat befindlichen Angehörigen der freiwilligen Sanitätskolonnen der Fall ist,

Digitized by Google

welche nur gelegentlich des Eintreffens von Lazarettzügen usw. tätig werden. Ebensowenig kann die Dienstleistung eines Landgendarmen in der Heimat trotz der militärischen Organisation der Gendarmerie als Kriegsdienst angesehen werden, da es sich bei seiner Tätigkeit lediglich um Aufgaben polizeilicher Natur handelt (ArbVers. 1916 S. 526 Ziff. 4). Dagegen besitzen die Ehefrauen derjenigen Kriegsteilnehmer, welche bereits vor Kriegsausbruch in das Heer eingetreten sind, entsprechend einem Bescheid des Reichskanzlers vom 9. März 1915 (ArbVers. 1915 S. 326) und einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 12. Juli 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 662; ArbVers. 1916 S. 36) einen Anspruch auf Reichswochenhilfe (ArbVers. 1916 S. 575 Ziff. 7). Ebenso leistet das Mitglied eines technischen Betriebsbataillons, wenngleich es für seine Arbeit einen Stundenlohn bezieht, Kriegsdienste, so lange sich seine Tätigkeit nicht als eine frei gewählte, sondern lediglich als eine aus der Erfüllung seiner militärischen Pflichten fließende Erwerbstätigkeit darstellt (ArbVers. 1916 S. 816 Ziff. 16). Anderseits besitzen Ehefrauen von Militärgefangenen nach einem Bescheid des Reichsamts des Innern keinen Anspruch auf Wochenhilfe (Ortskrankenkasse 1916 Sp. 552).

Besondere Schwierigkeiten bietet die Frage, wieweit bei wegen Kriegsbeschädigung entlassenen Kriegsteilnehmern ein Anspruch auf Reichswochenhilfe wegen „Behinderung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" besteht. Eine Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 30. September 1916 (ArbVers. 1916 S. 754) erachtet den Anspruch für solange gegeben, als die Behinderung, eine Erwerbstätigkeit von entsprechendem Belang aufzunehmen, bei dem mit oder ohne Versorgungsgebührnisse entlassenen Kriegsteilnehmer besteht. Die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit um nur ⅓ der normalen kann auf jeden Fall nicht als eine den Anspruch auf Reichswochenhilfe rechtfertigende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit angesehen werden (ArbVers. 1916 S. 504 Ziff. 4). Es muß auch die Unmöglichkeit einer entsprechenden Beschäftigung nachgehen zu können, auf einer tatsächlichen, infolge Verwundung oder Erkrankung entstandenen Erwerbsbeschränkung beruhen; der Mangel einer Arbeitsgelegenheit begründet den Anspruch nicht (ArbVers. 1916 S. 551 Ziff. 7). Dasselbe ist der Fall, wenn der Kriegsbeschädigte seine bisherige Berufstätigkeit nicht mehr ausüben kann; auch hier besteht nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Juni 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 630; ArbVers. 1916 S. 731) der Anspruch auf Reichswochenhilfe nur so lange, als dem Kriegsbeschädigten die Verwertung der wiedergewonnenen Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unmöglich ist.

Da die Kriegsdienstleistung grundlegende Voraussetzung für die Gewährung der Reichswochenhilfe ist, so richtet sich nach ihr auch Beginn und Ende der Leistungen der Reichswochenhilfe, d. h. sie werden nur fällig, wenn die Entbindung selbst oder wenigstens der Zeitraum der Leistungsdauer des Wochen- und Stillgeldes ganz oder teilweise in die Zeit der Kriegsdienstleistung fällt (ArbVers. 1916 S. 455 Ziff. 1). Es hat daher eine Ehefrau, deren Ehemann erst nach ihrer Entbindung zum Heeresdienst eingezogen worden ist, nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 1. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 573) keinen Anspruch auf den Entbindungskostenbeitrag oder die an seine Stelle tretenden Sachbezüge. Eine geringfügige Unterbrechung der Kriegsdienstleistung, wie sie etwa bei einem kurzen Heimaturlaub gegeben ist, berechtigt jedoch auch dann nicht zu der Annahme, daß eine Kriegsdienstleistung nicht vorliege, wenn der Kriegsteilnehmer während des Urlaubs einer Beschäftigung nachgeht; dies hat das Städ. Versicherungsamt München mit Entscheidung vom 10. Februar 1916 (ArbVers. 1916 S. 471) angenommen und daher die Gewährung der Wochenhilfeleistungen auch für die Dauer der

Digitized by Google

Beurlaubung ausgesprochen (a. A. ArbVers. 1916 S. 311 Ziff. 11). Noch weiter geht das Versicherungsamt der Stadt Kiel in einer Entscheidung vom 19. Juni 1916 (ArbVers. 1916 S. 515), indem es entgegen der herrschenden Anschauung den einmal fällig gewordenen Anspruch auf Reichswochenhilfe durch die Entlassung des Kriegsteilnehmers aus dem Heeresdienst nicht für beendet ansieht, sondern die Gewährung von Wochen- und Stillgeld bis zum Ablauf der gesetzlichen Fristen zubilligt.

Die Leistungen der Reichswochenhilfe sind selbstverständlich an eine Niederkunft gebunden. Eine solche liegt nicht vor, wenn die Frucht noch nicht ausgetragen war. Es bezeichnet daher sowohl eine Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 9. März 1916 („Krankenversicherung" 1916 S. 68) wie ein Bescheid des preuß. Ministers des Innern vom 12. April 1916 (ArbVers. 1916 S. 369) eine Entbindung im Sinne der Bekanntmachungen über die Wochenhilfe nur dann als vorliegend, wenn ein lebendes, wenn auch nicht lebensfähiges Kind geboren wird, eine Frühgeburt vorliegt oder ein ausgetragenes totes Kind zur Welt kommt, während beim Abgang der Frucht vor der vollen Reife eine Entbindung nur dann als gegeben angenommen wird, wenn das Kind erst unmittelbar vor oder während der Entbindung stirbt. Liegt in diesem Sinne eine Niederkunft nicht vor, so besteht auch kein Ersatzanspruch gegen den außerehelichen Schwängerer (ArbVers. 1916 S. 527 Ziff. 6a). Handelt es sich jedoch um eine Niederkunft, so sind die Leistungen der Reichswochenhilfe nach einer Entscheidung des Knappschaftsschiedsgerichts in Breslau vom 31. März 1916 (ArbVers. 1916 S. 344) auch bei einer auf einen Ehebruch zurückzuführenden Entbindung zum mindesten solange zu gewähren, als die Ehelichkeit des Kindes nicht angefochten worden ist.

Von den Leistungen der Wochenhilfe im einzelnen ist der Entbindungskostenbeitrag von 25 *M* auch dann zu zahlen, wenn die Entbindung in einer Klinik oder einem Wöchnerinnenheim stattfindet (ArbVers. 1916 S. 694 Ziff. 9, 766 Ziff. 1), es sei denn, daß die Wöchnerin versichert ist und ihr, da eine normale Entbindung vorliegt, bei der Entbindung bereits die erforderliche Krankenpflege zuteil wird (ArbVers. 1916 S. 719 Ziff. 15). War allerdings die Wöchnerin wegen einer mit der bevorstehenden Niederkunft nicht im Zusammenhange stehenden Erkrankung im Krankenhaus, so kann ihr hier bei einem normal verlaufenden Wochenbett der Entbindungskostenbeitrag nicht vorenthalten werden (ArbVers. 1916 S. 647 Ziff. 2).

Dagegen entfällt während des Aufenthalts einer Wöchnerin in einer Heilanstalt oder während des in die Dauer des Wochenbetts fallenden Krankengeldbezugs nach einer Entscheidung des Städt. Versicherungsamts München vom 11. November 1915 und einem Beschluß des Lieferungsverbandes München-Stadt vom 25. Juli 1916 (ArbVers. 1916 S. 448, 754) jeder Anspruch auf das Reichswochengeld, da § 195 Abs. 3 RVO. auch auf die Bekanntmachungen vom 3. Dezember 1914, 28. Januar und 23. April 1915 sinngemäße Anwendung zu finden hat. Macht die Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährende Kasse Ersatzansprüche für ihre Leistungen auf die Leistungen der Reichswochenhilfe geltend, so kann sie, auch wenn sie eine Einverständniserklärung der Wöchnerin beibringt, nach dem vorstehenden Beschluß des Lieferungsverbandes München doch nie mehr beanspruchen, als sie im Rahmen des § 1531 RVO. zu beanspruchen hat, da die Bestimmung des § 119 Abs. 1 Ziff. 3 Halbsatz 2 RVO., wonach das Verfügungsrecht des Versicherten nur in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche besteht, auch auf die Reichswochenhilfe Geltung hat. Die gesetzliche Zulässigkeit, das Wochengeld auf zwei Wochen im voraus zu gewähren, ist nur dann anwendbar, wenn die Entbindung selbst nach dem Inkrafttreten der Bekanntmachungen oder nach Eintritt des Ehemannes oder des Kindsvaters in die Kriegs-

Digitized by Google

dienste fällt; daß das Wochengeld dann für eine Zeit gewährt wird, innerhalb deren das Erfordernis der Kriegsdienstleistung noch nicht galt, ist unerheblich (ArbVers. 1916 S. 623 Ziff. 6 b).

Wo das Wochengeld für Ehefrauen oder für Mütter unehelicher Kinder von Kriegsteilnehmern mit dem Wochengeld auf Grund der Reichsversicherung und der Kassensatzung zusammentrifft, ist es, soweit es unter 1 *M* täglich bleibt, stets auf diesen Betrag zu erhöhen (ArbVers. 1916 S. 504 Ziff. 9; 526 Ziff. 3; 575 Ziff. 4) sofern nicht das Kassenwochengeld ohnehin schon 7 *M* in der Woche beträgt (ArbVers. 1916 S. 695 Ziff. 10; vgl. auch Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 6. Oktober 1916 in „Krankenversicherung" 1916 S. 177; Bescheid des Reichskanzlers vom 27. Mai 1916 in ArbVers. 1916 S. 446). Überschreitet allerdings der Gesamtbetrag des satzungsmäßigen Wochengeldes 7 *M* für die Woche, so ist der Überschuß bei einem satzungsmäßigen Wochengeldanspruch von weniger als 8 Wochen im Falle der Reichswochenhilfe nicht auf die fehlenden Wochen anzurechnen und etwa nur für die Tage, auf welche demnach nicht eine tägliche Leistung von 1 *M* trifft, das Reichswochengeld nachzuzahlen; es ist vielmehr, wie das Städt. Versicherungsamt München in einer Entscheidung vom 25. April 1916 (ArbVers. 1916 S. 447) ausgesprochen hat, jede Woche als ein in sich abgeschlossenes Ganzes zu betrachten und demgemäß bei einer satzungsmäßigen täglichen Wochengeldleistung von 1 *M* 25 *Pf* für fünf Wochen, für volle drei weitere Wochen, also in Höhe von 21 *M* Reichswochengeld zu gewähren.

Besondere Schwierigkeiten bereitet andauernd die Beurteilung des Vorliegens von Beschwerden, die einen Anspruch auf die Schwangerschaftsbeihilfe geben. Es ist hierzu nicht nötig, daß ungewöhnlich gesteigerte Beschwerden vorliegen, es genügt das Auftreten normaler Schwangerschaftsbeschwerden; als „erforderlich" gelten dann alle Hebammendienste, auch bloße Untersuchungen, die der Feststellung des Zustandes der Schwangeren und des hierdurch bedingten Maßes der Schonung und Pflege dienen (ArbVers. 1916 S. 743 Ziff. 8, 768 Ziff. 9). Die mit einer Fehlgeburt einhergehenden Beschwerden sind jedoch ebensowenig wie die Fehlgeburt selbst Schwangerschaftsbeschwerden; lediglich die der Fehlgeburt voraus gehenden Beschwerden können, wie das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 18. September 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 742) ausführt, Schwangerschaftsbeschwerden sein.

Daß das Stillgeld bei Mehrlingsgeburten entsprechend der Zahl der gestillten Kinder mehrfach zu gewähren ist, hat das Reichsversicherungsamt bereits in der Entscheidung vom 30. November 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 354; ArbVers. 1916 S. 253) ausgesprochen, worauf eine Entscheidung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 9. März 1916 („Krankenversicherung" 1916 S. 68) noch einmal besonders hinweist.

Hat die Krankenkasse von der übrigens jederzeit für die Zukunft und unbeschadet laufender Fälle widerrufbaren (ArbVers. 1916 S. 840 Ziff. 7) Ermächtigung Gebrauch gemacht, Sachleistungen an Stelle der Barleistungen zu gewähren, so stehen ihr für die Entbindungskosten und für die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden ohne Rücksicht auf die tatsächliche Höhe der erfolgten Auslagen 25 *M* und 10 *M* zu; Erfordernis für die Geltendmachung dieses Ersatzanspruches ist aber, daß der Kasse auch tatsächlich Auslagen erwachsen sind, so daß sie z. B. bei unentgeltlicher Verpflegung und Entbindung der Wöchnerin in einer Klinik den Entbindungskostenbeitrag von 25 *M* nicht anfordern kann (ArbVers. 1916 S. 595 Ziff. 2; 743 Ziff. 8). Die Berechnungen der Ärzte und Hebammen haben sich, worauf ein Bescheid der preuß. Minister für Handel und Gewerbe und des Innern vom 13. März 1916 (ArbVers. 1916 S. 404) noch besonders hinweist, im Falle der Gewährung von Sachleistungen streng an die niedersten Sätze der Gebührenordnungen zu halten.

Digitized by Google

Hinsichtlich des Ersatzanspruchs der Kassen und damit auch der Lieferungsverbände gegen das Reich in bezug auf das Wochen- und Stillgeld macht eine Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums vom 18. Mai 1916 („Krankenversicherung" 1916 S. 109) darauf aufmerksam, daß der Ersatzanspruch entsprechend der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. September 1915 (Amtl. Nachr. S. 757; ArbVers. 1915 S. 779) 57 Tage Wochengeld und 85 Tage Stillgeld umfaßt. Eine gemeinsame Entschließung der Bayer. Staatsministerien des Innern und der Finanzen vom 14. Mai 1916 („Krankenversicherung" 1916 S. 92) trifft ferner Veranlassung, daß den Krankenkassen die von ihnen verauslagten Beträge an Kriegswochenhilfe mit tunlichster Beschleunigung wieder ersetzt werden.

Auch für die Leistungen der Reichswochenhilfe gilt nach einer Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Breslau vom 14. April 1916 (ArbVers. 1916 S. 323) § 223 Abs. 2 und 3 RVO. über die Aufrechnung von Kassenleistungen, so daß Wochengeld und Stillgeld zur Hälfte stets der Wöchnerin verbleiben müssen.

Die Sendungen in Angelegenheiten der Reichswochenhilfe sind, wie sich aus wiederholten Bescheiden des Reichspostamts vom 16. Dezember 1915 und 10. August 1916 („Krankenversicherung" 1916 S. 125) ergibt, portofrei. Über die entsprechende Kenntlichmachung der Sendungen äußert sich ein Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 10. August 1916 (ArbVers. 1916 S. 659). Die Portofreiheit greift jedoch nur für Sendungen der Krankenkassen an Behörden, nicht für solche an Privatpersonen oder von Privatpersonen an Behörden und Krankenkassen Platz (Bescheid des Reichspostamts vom 24. September 1916 in „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 277). Sie gilt ferner nach einem Bescheid des Reichspostamts vom 10. Juni 1916 („Betriebskrankenkasse" 1916 S. 166) nicht für Stadtpostsendungen und findet auf den Verkehr der Krankenkassen untereinander keine Anwendung (ArbVers. 1916 S. 790 Ziff. 4).

Werden die Leistungen der Wochenhilfe durch die Post übersandt, so ist entsprechend einer Entscheidung des Fürstlichen Oberversicherungsamts Detmold vom 16. Februar 1916 (ArbVers. 1916 S. 278) der Abzug der erwachsenen Portoauslagen zulässig.

Von den zu den verschiedenen Bekanntmachungen im einzelnen ergangenen Entscheidungen und Verwaltungsmaßnahmen sind folgende von Interesse:

a) §§ 1 bis 7 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 und §§ 4 bis 7 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915.

Bei Berechnung der dem Eintritt in die Kriegsdienste vorausgehenden Versicherungszeit kommt nach Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vom 31. Juli 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 628; ArbVers. 1916 S. 730) und des Versicherungsamts für die Stadt Pirna vom 31. Mai 1916 (ArbVers. 1916 S. 638) die vor dem Eintritt eines Berufssoldaten (Kapitulanten) in den Heeresdienst liegende Zeit nicht in Frage. Eine solche Anrechnung hat das Reichsversicherungsamt mit Entscheidung vom 12. Juli 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 662; ArbVers. 1916 S. 36) lediglich dort für zulässig erklärt, wo vor Kriegsausbruch nur eine Militärdienstleistung auf Grund Erfüllung der Wehrpflicht vorlag, weil hierdurch im Gegensatz zum Berufssoldaten die bisherige Tätigkeit nicht aufgegeben werden sollte. War der Ehemann der Wöchnerin nach seiner ersten Einberufung zum Heeresdienst vorübergehend entlassen und erst später einberufen worden, so bemißt sich bei einer erst nach der zweiten Einberufung erfolgten Entbindung nach einer auch vom K. Oberversicherungsamt München mit bisher nicht veröffentlichtem Beschluß vom 19. Dezember 1916 gebilligten Anschauung die vorgängige Versicherung nicht nach dem Tage des erstmaligen, sondern nach demjenigen des letzten vor der Niederkunft

Digitized by Google

liegenden Einrückens zum Heeresdienst (ArbVers. 1916 S. 455 Ziff. 1; 861 Ziff. 1 b). Das Versichertgewesensein des Ehemannes ist unbedingte Voraussetzung eines Anspruchs auf Grund § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (ArbVers. 1916 S. 861 Ziff. 1 a). Dies hat zur Folge, daß die Einkommensverhältnisse des Ehepaares oder der Wöchnerin im Vollzug der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 gar keine Rolle spielen, die Wochenhilfe also auch bei Fortzahlung des Gehalts zu gewähren ist (ArbVers. 1916 S. 311 Ziff 11). Die vorgängige Versicherungszeit wird jedoch, wie eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 29. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 575) ausspricht und wie sich auch aus einem Erlaß des preuß. Ministers des Innern vom 17. Mai 1916 („Betriebskrankenkasse" 1916 S. 166) ergibt, nicht durch die Befreiung von der Versicherungspflicht nach §§ 169, 170, 171, 172 RVO. ersetzt.

Werden von einer Kasse Beträge an Wochenhilfe zu Lasten des Reichs auf Grund von Belegen ausgezahlt, die nach sorgfältiger Prüfung als einwandfrei festgestellt worden sind, tatsächlich aber nicht richtige Angaben enthielten, so besteht dennoch, wie das das Oberversicherungsamt Dortmund in einer Entscheidung vom 9. April 1916 (ArbVers. 1916 S. 404) ausführt, ein Ersatzanspruch gemäß § 5 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 gegen das Reich, da die Kasse lediglich als Beauftragter des Reichs tätig wurde und für Verschulden dritter Personen nicht haftet. Für die Beanstandung der von einem Knappschaftsverein verauslagten Beträge an Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 erklärt eine Entscheidung des Bayer. Landesversicherungsamts vom 5. Januar 1916 („Mitteilung des Bayer. LVA. 1916 S. 159) das Knappschaftsoberversicherungsamt und nicht das allgemeine Oberversicherungsamt für zuständig.

(Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Laborant (in einem Hochofenbetrieb) als „gehobener Angestellter."

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 15. Februar 1916 (B. 2007/15).

Die Tätigkeit des Angestellten in der Zeit vom 1. Januar 1913 bis 31. Januar 1914 war folgende: Er führte schematische Gasanalysen mittels Orsat-Apparaten aus, wobei er Rauch- und Gasproben den Leitungen entnahm. Er maß die Temperaturen an den Kaminen der Winderhitzer der Hochöfen; die bei den Analysen und Messungen gewonnenen Resultate vermerkte er auf Korrespondenzzetteln. Er führte eine Liste über die tägliche Tourenzahl, sowie über die Fahrstunden und Windmenge der Dampf- und Gasgebläsemaschinen. Er berechnete Diagramme. Er hatte ferner die Lieferungen an Koks, Manganerz und Schweißschlacken zu prüfen. Zu diesem Zwecke bestieg er einige Wagen, entnahm ihnen Probestücke und zerkleinerte sie. Er kontrollierte endlich die Erz- und Koksbehälter, ob sie leer oder gefüllt waren. Die tägliche Arbeitszeit betrug 10 Stunden. Davon entfielen 5 Stunden auf die Ausführung der Gasanalysen, Messung der Temperaturen und Führung der Listen, 4 Stunden auf die Prüfung von Koks, Manganerz und Schweißschlacken und 1 Stunde auf die Kontrolle der Erz- und Manganbehälter.

Die Arbeitgeberin und der Angestellte bestreiten die Versicherungspflicht für die streitige Zeit mit der Begründung, daß der Angestellte die oben geschilderte Tätigkeit nicht selbständig, sondern unter Aufsicht und Anleitung seiner Vorgesetzten ausgeübt habe. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bejaht dagegen die Versicherungspflicht. Ihr ist beizutreten.

Nach den obigen Feststellungen kann der Angestellte nicht mehr zu der handarbeitenden Bevölkerungsklasse gerechnet werden, denn die ihm obliegenden schriftlichen Arbeiten, die Ausführung der Analysen und die Messung der Temperaturen stehen höher als Handarbeit. Die Listenführung und die Berechnung der Diagramme sind zweifellos Tätigkeiten, die als „nicht mechanische" Büroarbeit und damit als geistige Arbeit anzusehen sind. Ebenso sind die dem Angestellten obliegenden Analysen und Temperaturmessungen, wenn sie auch mit gewissen Handgriffen verbunden sind, doch vorwiegend geistige Arbeiten. Das Oberschiedsgericht für die Angestelltenversicherung hat auch bereits in einem ähnlich liegenden Falle die Tätigkeit eines Gärtners, der die eigentlichen gartentechnischen Arbeiten ausführt, als eine gehobene

Digitized by Google

angesehen, indem es die Entscheidung darauf abstellt, daß auch die nicht in der Ausübung von Aufsichtsbefugnissen bestehende Tätigkeit, mag sie sich auch äußerlich als körperliche Arbeit darstellen, doch dann als gehobene zu bezeichnen ist, wenn sie im Gegensatze zu gewöhnlicher handwerksmäßiger Arbeit besondere Fachkenntnisse voraussetzt. (Vergl. Beschluß des Oberschiedsgerichts vom 20. Juli 1915 — P 45/15 — in B 349/14.) Wie die eigentliche Tätigkeit des Gärtners botanische Kenntnisse voraussetzt, so erfordert die Arbeit des Laboranten — und um eine solche handelt es sich im vorliegenden Falle — einige Kenntnis der Physik und Chemie. Dadurch verliert sie aber den Charakter einer Handarbeit und erhebt sich zu einer mehr geistigen Tätigkeit, bei welcher der vor den einzelnen körperlichen Bewegungen liegende Denkprozeß und nicht diese selbst das Wesentliche sind.

Bei dieser Sachlage kann es dahingestellt bleiben, ob auch die sonstige Tätigkeit des Angestellten höher steht als Handarbeit, da auf die soeben gewürdigten Tätigkeiten des Angestellten die Hälfte seiner täglichen Arbeitszeit entfällt und diese mithin der ganzen Stellung des Angestellten das Gepräge geben. Die Art der Entlohnung des Angestellten und das Maß seiner Selbständigkeit ist unerheblich; denn für die Beurteilung der Versicherungspflicht ist in erster Linie immer die Art der Tätigkeit maßgebend. Der Angestellte war demnach, da er auch im Hauptberuf tätig war, als „gehobener Angestellter" versicherungspflichtig gemäß § 1 Absatz 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Mittelbares Beschäftigungsverhältnis zwischen Badeverwaltung und Badekapelle.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 30. Juni 1916 (P. 93/16)

Die Frage, wer als Arbeitgeber für ein bestimmtes Beschäftigungsverhältnis anzusehen ist, kann nur unter Würdigung aller Umstände für den einzelnen Fall beurteilt werden. Der Begriff des Arbeitgebers kann in allgemeinster Form dahin gefaßt werden, daß Arbeitgeber derjenige ist, für dessen Rechnung der Lohn gezahlt wird, oder der Inhaber des Betriebs, d. h. derjenige, auf dessen Rechnung und dessen Namen der Betrieb geführt wird. Im Wirtschaftsleben gibt es häufig Zwischenstufen, bei denen die Anwendung eines freien Ermessens nicht auszuschließen ist. So liegt die Sache hier. Die Gemeindeverwaltung hat mit dem Kapellmeister P. einen Vertrag abgeschlossen und diesem frei Hand gelassen in der Auswahl und Zusammenstellung seiner Kapelle und in dem Abschluß der einzelnen Verträge mit den Mitgliedern. Dies schließt aber nicht aus, zwischen der Gemeinde Z. und den Mitgliedern der Kapelle ein Arbeitsverhältnis anzunehmen, bei welchem der Kapellmeister lediglich als Mittelsperson in Betracht kommt. Den Ausführungen des Rentenausschusses ist durchaus beizupflichten. Die Badekapelle ist nach der Gestaltung des Vertragsverhältnisses nicht ein selbständiges Unternehmen, sondern ein solches der Badeverwaltung. Dies ergibt sich aus der Entwickelung des Badewesens in den letzten Jahren und Jahrzehnten, wonach in immer steigendem Umfang das Vorhandensein einer Kurkapelle für den Betrieb eines Badeortes als notwendig betrachtet wird. Wenn auch die Mitglieder der Kurkapelle keineswegs in allen Beziehungen dem Badepersonal gleichgestellt sind, so ist doch in Ansehung der rechtlichen Gestaltung des Dienstverhältnisses, namentlich hinsichtlich der Frage, wer im Sinne der sozialen Versicherungsgesetze als Arbeitgeber anzusehen ist, das Verhältnis das gleiche. Der Hinweis des Rentenausschusses auf diese Ähnlichkeit ist also durchaus zutreffend. Richtig ist auch, daß die Leistungen der Kurkapelle dazu bestimmt sind, den wirtschaftlichen Erfolg des Badebetriebs zu heben und daß der Badeverwaltung allein der größere oder geringere Nutzen zugute kommt. Die beiden wöchentlichen Konzerte, welche nach dem Vertrage der Kapellmeister auf eigene Rechnung zu veranstalten berechtigt ist, kommen gegenüber der vereinbarten Gesamtvergütung nicht wesentlich in Betracht, und sind, wie der Vertrag ergibt, nur dazu bestimmt, die Einnahmen des Kapellmeisters zu erhöhen, oder wie sich der Vertrag ausdrückt, ihn für die Mehrausgaben, die ihm durch die doppelte Beschäftigung seiner Kapelle entstehen, einen Ausgleich zu verschaffen.

Ausschlaggebend ist, daß der Kapellmeister keine freie Verfügung über seine freie Zeit hat, vielmehr die von der Gemeinde festgesetzten Dienststunden mit seiner Kapelle innehalten muß, so daß ihm daneben zu eigener Betätigung kaum Zeit übrig bleibt. Die Zahl der Mitglieder des Orchesters ist genau festgesetzt und das Schwergewicht der Stellung des Kapellmeisters erschöpft sich in der musikalischen Leitung der Kapelle. Hinsichtlich des Abschlusses der Verträge wirkt er lediglich als Mittelsperson der Gemeinde.

In allen diesen Beziehungen gelten die gleichen Grundsätze, welche bereits für die Stellung von Orchestern in größeren Gastwirtschaften in der Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts im Anschluß an entsprechende Entscheidungen des Reichsversicherungsamts anerkannt worden sind (zu vergl. die Beschlüsse vom 17. Mai 1916 in Sachen B. — P. 153/15 —, vom 2. Juni 1916 in Sachen L. — P. 1/16 —, und vom 23. Juni 1916 in Sachen R. und Genossen — P. 2/16).

Es ist zuzugeben, daß die Umstände des einzelnen Falles eine abweichende Beurteilung rechtfertigen können, namentlich in den Fällen, wenn es sich nicht, wie hier um ein zu besonderem Zwecke zusammengestelltes, sondern um ein ständiges, in sich zusammenhängendes, und dauernd zusammengehöriges Orchester handelt, welches als Ganzes zum Zwecke der Veranstaltung besonderer Konzerte oder Vorträge mit einem Gastwirtunternehmen oder einem Kurort besondere Verträge abschließt. Von derartigen Besonderheiten ist aber im vorliegenden Falle keine Rede. Die Beschwerde ist daher zurückzuweisen.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Grenze der Ausgleichspflicht (§ 197 RVO.) bei der Kriegswochenhilfe.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 27. Februar 1917.

Streit besteht lediglich darüber, ob das gemäß §§ 8 und 3 Ziff. 1 der Bekanntm. des Reichskanzlers vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) der U. zu gewährende Entbindungsgeld von der Klägerin anteilig oder in voller Höhe zu erstatten ist. Das Oberversicherungsamt hat sich der zutreffenden Entscheidung des Vorderrichters nur anschließen können.

Nach den vom Reichsversicherungsamt aufgestellten Grundsätzen (Amtl. Nachr. 1916 S. 350 Ziff. 2146), die auch in den Kommentaren vertreten werden (Hahn, Anm. 3 zu § 197 RVO.), hat die erstattungspflichtige Kasse nicht das Recht, den auf sie entfallenden Anteil nur von dem Betrage zu erstatten, der sich nach ihrer Satzung berechnet. Andererseits hat sie von demjenigen Teile der von der leistungspflichtigen Kasse gezahlten Leistung im Höchstfalle nur den Betrag zu erstatten, den sie selbst zu gewähren hatte, wenn die Wöchnerin bei ihr versichert wäre.

Die eigene Leistungspflicht der Klägerin besteht aber im vorliegenden Falle in: 25 ℳ Entbindungsgeld und 12 ℳ Wochengeld, zusammen 37 ℳ.

Von den der U. von der Beklagten gewährten 145 ℳ würden auf die Klägerin bei der Verteilung nach Verhältnis der Mitgliedszeit 67,30 ℳ entfallen. Sie muß daher für verpflichtet erachtet werden, die vollen 37 ℳ der Beklagten zu erstatten.

Fortdauer der Pflichtversicherung eines zum Heeresdienst Eingezogenen; Ungültigkeit des Übertritts in eine niedere Lohnstufe (§ 313 RVO.).

Beschluß des **Versicherungsamts Ahrweiler** vom 16. Februar 1917.

Der Kaufmann L., welcher auf Grund seiner Beschäftigung bei der Firma P. A. Mitglied der Allg. Ortskrankenkasse war, ist nach seiner am 31. Juli 1914 erfolgten Einberufung zur Fahne zwar von seiner Firma aus dieser Kasse abgemeldet, jedoch von der Stadtgemeinde gleich den übrigen zum Heere eingezogenen versicherungspflichtigen Personen in der niedrigsten Lohnstufe freiwillig weiterversichert worden. Die Art des militärischen Dienstes, welche lange Zeit in der Ausübung des Bahnschutzes bestand, hat es dann dem L. gestattet, in seinen freien Stunden die geringen kaufmännischen Arbeiten seiner bisherigen Firma ständig weiter zu erledigen. Für die so geleisteten Arbeitsstunden ist er unter Zugrundelegung eines Tagesverdienstes von 7 ℳ entschädigt worden und erhielt für die 17 Monate vom August 1914 bis Dezember 1915 allmonatlich Beträge zwischen 50 und 150 ℳ, deren Durchschnitt sich auf rund 85 ℳ für den Monat stellt.

Am 16. Dezember 1915 ist L. erkrankt und erhielt von der Krankenkasse für die Dauer von 26 Wochen das Krankengeld der niedrigsten Lohnstufe von 0,75 ℳ täglich ausgezahlt. Mit der Angabe, daß er wegen der Weiterbeschäftigung bei der Firma A. auch während der Militärdienstzeit versicherungspflichtig und dementsprechend auch in einer höheren Lohnstufe und zwar der 7. zu versichern gewesen sei, hat er ein tägliches Krankengeld von 2,25 ℳ beansprucht und, als ihm dieses verweigert wurde, das Versicherungsamt angerufen und in der Verhandlung noch angeführt, daß seine Beschäftigung bei der Firma wöchentlich immerhin auf 2 Tage sich belaufen habe und daß der Lohn von 55 ℳ für Dezember 1915 auf die Zeit vom 1. bis 16. Dezember 1915 zu berechnen sei. Das Versicherungsamt entschied dem Grunde nach im Sinne des Beschwerdeführers mit folgender Begründung:

Nach der RVO. umfaßt der Krankenversicherungszwang grundsätzlich jede Beschäftigung gegen Entgelt, soweit sie nicht vom Bundesrate als versicherungsfreie vorübergehende Dienstleistung bezeichnet ist oder soweit es sich nicht um Angestellte in gehobener Stellung mit mehr als 2500 ℳ Jahresentgelt handelt. So hat denn auch die RVO. hinsichtlich der Personen des Soldatenstandes, die nach altem Rechte schlechthin versicherungsfrei waren, eine Änderung insoweit gebracht, als diese nur noch dann als versicherungsfrei anzusehen sind, wenn sie eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit im Dienste, d. h. für das Militär ausüben. Bei außerdienstlicher Beschäftigung gegen Lohn tritt Versicherungspflicht wieder ein. (§ 172 Ziff. 2 RVO. und Ziff. 28 Abs. 2 der Anleitung über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912.)

Im Falle L. handelt es sich nun um eine Tätigkeit, die bei ihrer langen Dauer im Zivilleben ohne weiteres dem Versicherungszwange unterworfen ist und die, von einer Militärperson nebenher verrichtet, hiervon nicht befreit wird. Die Beschäftigung des L. bei A. in der Zeit von August 1914 bis zum Tage der Erkrankung war daher für versicherungspflichtig zu erklären. War nun L. als versicherungspflichtiges Mitglied der Kasse zu betrachten, so hatte er auch Anspruch auf das Krankengeld, das dem Grundlohne der Lohnstufe entspricht, in der er statutengemäß zuletzt zu versichern war. Da aber jedes Kassenmitglied von 4 zu 4 Wochen entsprechend seinem Verdienste einer bestimmten Lohnstufe zuzuweisen ist, so hat die Kasse zunächst noch entsprechend dem Verdienste des L. für die einzelnen Lohnperioden die Lohnstufen zu ermitteln. Krankengeld ist dann nach der Höhe des Grundlohnes der Lohnstufe zu gewähren, der er in der letzten dem Krankheitsfalle

Digitized by Google

unmittelbar vorhergegangenen Lohn- oder Zahlperiode zuzuweisen ist. Über die Höhe dieses Krankengeldes ist von der Kasse noch ein besonderer beschwerdefähiger Bescheid zu erlassen.

Fortzahlung der Beiträge für nicht abgemeldete Dienstboten.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 12. Januar 1917.

Die Ausführungen der Vorinstanz sind zutreffend. Insbesondere ist richtig festgestellt, daß die Befreiung eines Dienstboten, nach §§ 418, 435 RVO. durch den Kassenvorstand nur für die Person des ausdrücklich genannten Versicherungspflichtigen Geltung hat. Dienstboten, für welche keine Befreiung ausgesprochen ist, werden mit Beginn ihrer Beschäftigung Kassenmitglieder und hierdurch tritt die Verpflichtung der Kasse zu den im Gesetz und der Satzung vorgesehenen Leistungen ein. Die Mitgliedschaft erlischt zwar mit der Aufgabe der Beschäftigung, die Dienstberechtigten bleiben aber ebenso wie andere Arbeitgeber nach § 397 RVO. für die Zahlung der Beiträge bis zu einer von ihnen bewirkten vorschriftsmäßigen Abmeldung haftbar. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob sie bei der Unterlassung der Abmeldung ein Verschulden trifft. Dies folgt aus dem Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift und ist durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts zu § 397 einwandfrei festgestellt.

Hiernach ist die Heranziehung des Beschwerdeführers zu Beiträgen für die in der Vorentscheidung genannten 6 Dienstboten vom Tage des Dienstantritts ab gerechtfertigt und die Kasse hat auf Beiträge grundsätzlich bis zum Zeitpunkt einer Abmeldung Anspruch, jedenfalls aber bis zu dem Zeitpunkt, an dem sie von der Beendigung des Dienstverhältnisses zuerst Kenntnis erhält, bis zu welchem sie auf die Zahlung der Beiträge auch nur Anspruch erhebt. Allein bei der Versicherten Hedwig T. trifft dies nicht zu. Diese Versicherte ist bereits am 3. November 1915 von anderer Seite als Kassenmitglied angemeldet worden. Es mußte also schon damals der Kasse bekannt sein, daß sie nicht mehr beim Beschwerdeführer beschäftigt war, da die Beschäftigung eines Dienstboten an zwei verschiedenen örtlich getrennten Stellen durchaus unwahrscheinlich ist. Für diese Versicherte sind daher Beiträge nur bis zum 3. November 1915 zu zahlen. Denn die strenge Auslegung des § 397, wie sie oben dargelegt ist, ist durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (Entsch. 2098, Amtl. Nachr. 1915 S. 684) insofern gemildert, als die Verpflichtung des Arbeitgebers nur so lange bestehen soll, als ein öffentliches Interesse an dem formellen Akte der Abmeldung noch vorliegt. Ein solches Interesse liegt aber nicht mehr vor, sobald die OKK. von der Aufhebung des Beschäftigungsverhältnisses bei einem Arbeitgeber ausreichende Kenntnis erlangt hat, wie es im vorliegenden Falle hinsichtlich der T. nach Ansicht des Oberversicherungsamts der Fall war.

Es kann ohne weiteres zugegeben werden, daß die Vorschrift des § 397 Abs. 1, wie im vorliegenden Falle, so auch in zahlreichen anderen Streitfällen, welche bereits zur Entscheidung des Oberversicherungsamts gelangten, zu Härten und Unbilligkeit führt. Es ist daher dringend zu wünschen, daß diese Bestimmung baldmöglichst abgeändert oder beseitigt wird. Solange sie aber besteht, muß danach entschieden werden und es können Erwägungen allgemeiner Art über Verletzung des Rechtsgefühls und unberechtigte Bereicherung, wie sie in der Beschwerdeschrift enthalten sind, nicht ausschlaggebend sein.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall auf dem Heimwege ausnahmsweise Betriebsunfall.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. September 1916 (2919 Amtl. Nachr. 1916 S. 771).

Der Kläger — ein Schlosserlehrling — erhielt am 21. Dezember 1914 um etwa 6 Uhr abends von seinem Lehrherrn, dem Schlossermeister D. in M., den Auftrag, 1300 Belagscheiben, die in dem Betriebe des D. hergestellt waren, an den Schlossermeister M. abzuliefern. D. sagte dem Kläger dabei, er könne nach der Ablieferung der Belagscheiben gleich nach Hause fahren. Der Kläger tat die Belagscheiben in eine Ledertasche, nahm diese auf seinen Rücken, fuhr dann auf seinem Fahrrad zu M. und lieferte dort die Belagscheiben ab. Sofort nach der Ablieferung fuhr er auf seinem Fahrad, auf dem Rücken die leere, ihm aber seiner eigenen Aussage nach keine Unbequemlichkeiten verursachende Ledertasche tragend, nach seiner Wohnung zu. Es war inzwischen etwa 6¾ Uhr geworden. Der Kläger bog in eine Seitenstraße ein und fuhr dort etwa 5 m hinter einem Postkraftwagen, als dieser mit einem ihm entgegenkommenden Straßenbahnwagen zusammenstieß. Infolge des Zusammenstoßes wurde der Postkraftwagen zurückgeschleudert, warf den Kläger von seinem Fahrrad und preßte ihn außerdem mit einem seiner Hinterräder gegen einen Bordstein des Straßendamms. Der Kläger erlitt hierbei einen Beckenbruch. Falls der Kläger am Unfalltage nicht den vorerwähnten Auftrag von D. erhalten hätte, würde er, wie auch sonst regelmäßig, nach Beendigung der Arbeit um etwa 7½ Uhr abends von seiner Arbeitsstelle auf einem Wege nach Hause gefahren sein, der, wie das Versicherungsamt bestätigt hat, als gefahrlos zu bezeichnen ist, da auf ihm ein

Digitized by Google

nennenswerter Verkehr von Kraftwagen und sonstigen Fuhrwerken nicht herrscht, selbst nicht in der Weihnachtszeit. Der Weg, den der Kläger am Unfalltage nach Erledigung seines Auftrages nehmen mußte, ist dagegen nach der Auskunft des Versicherungsamts als gefahrvoll zu bezeichnen, da er von mehreren Straßenbahnen und außerdem regelmäßig stark von Geschäfts- und Privatkraftwagen und sonstigen Fuhrwerken benutzt wird. Danach war also der Kläger infolge des vorerwähnten Auftrags seines Lehrherrn gezwungen, am Unfalltage statt seines gewöhnlichen gefahrlosen Heimwegs von seiner Arbeitsstelle aus einen gefahrvollen Heimweg nach Erledigung des Auftrags seines Lehrherrn zu nehmen. Gerade dieser Umstand hat zur Entstehung des Unfalls mitgewirkt. Er stellt somit eine innere Verbindung des Unfalls mit dem Betriebe her (zu vgl. Handb. der Unfallversi. Band I S. 109 Anm. 51 zu § 1 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes) und ist deshalb als Betriebsunfall anzusehen. An sich ist allerdings der Heimweg eines Arbeiters, der nach der Beendigung der Arbeit für den Betrieb noch eine Bestellung auszurichten und zu diesem Zwecke einen Umweg zu machen hat, von der Erledigung des Auftrags ab nicht mehr versichert (zu vgl. Rekursentsch. 2136, Amtl. Nachr. 1906 S. 271). Wird aber infolge des Auftrags der Heimweg für den Arbeiter gefahrvoll und wirkt gerade dieser Umstand, wie es vorliegend der Fall ist, zur Entstehung des Unfalls mit, so ist der ursächliche Zusammenhang des Unfalls mit dem Betriebe vorhanden.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht beurlaubter Gerichtsassessoren im Privatdienst.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 10. Januar 1917 (P. 293/16).

. . . Zunächst erscheint nicht zweifelhaft, daß die Gerichtsassessoren Sch. und F. als Leiter der Rechtsauskunftsstelle Angestellte des Vereins für öffentliche Rechtsauskunft waren, da sie zu diesem in einem persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis standen. Denn sie waren hinsichtlich der Geschäftsführung und der Einhaltung der Dienststunden an die von dem Vereinsvorstand gegebenen Anordnungen gebunden und bezogen ein Entgelt, auf das ihnen ein klagbarer Anspruch zustand. Hiermit ist die Tatsache, daß sie gleichzeitig Staatsbeamte waren und der Disziplinargewalt der Justizverwaltung unterlagen, sehr wohl vereinbar. Auch der Umstand, daß der ihnen gewährte Urlaub jederzeit widerruflich war und sie alsdann vor Ablauf der vereinbarten Zeit aus ihrer Stellung ausscheiden mußten, schließt die Annahme eines Anstellungsverhältnisses zu dem genannten Verein keineswegs aus, sondern bildet lediglich eine Besonderheit desselben. Aus den §§ 9, 10 VersGes. f. Angest. kann die Versicherungsfreiheit gleichfalls nicht hergeleitet werden, da weder der Nachweis geführt ist, daß die in § 9 bezeichneten Anwartschaften gewährleistet sind, noch daß die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 1, 2 vorliegen. Die Frage, ob die Tätigkeit der Gerichtsassessoren Sch. und F. als Leiter der Rechtsauskunftsstelle versicherungspflichtig sei, hängt somit nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 lediglich davon ab, ob diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildete. Dies ist zu bejahen. Zunächst kann nicht zweifelhaft sein, daß im Hinblick auf die Verpflichtung, täglich 7 Dienststunden einzuhalten und außerdem noch häusliche schriftliche Arbeiten zu erledigen, die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit von gleicher oder größerer Bedeutung ausgeschlossen war. Unstreitig ist auch in der fraglichen Zeit keine sonstige Erwerbstätigkeit vorgenommen worden. Bei einer so starken Inanspruchnahme der Arbeitskraft und Arbeitszeit durch die Leitung der Rechtsauskunftsstelle würde diese auch dann den Hauptberuf darstellen, wenn der Lebensunterhalt zum größeren Teile aus Vermögenszinsen oder sonstigen Mitteln bestritten würde. Die Beschwerdeführer behaupten jedoch, daß diese Tätigkeit der beiden Gerichtsassessoren trotzdem nicht als ihr Hauptberuf betrachtet werden könne, weil sie lediglich ihrer weiteren Fortbildung für ihren künftigen Richterberuf gedient habe. Sie berufen sich für ihre Auffassung auf die allgemeine Verfügung des Justizministers vom 29. Mai 1912, wonach die Beurlaubung von Gerichtsassessoren zur Mitwirkung bei Rechtsauskunftsstellen gestattet und empfohlen werde, um ihren Blick für die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse zu schärfen; bei bestimmungsgemäßer Verwendung des Urlaubs werde er auf das Dienstalter angerechnet. Die Beurlaubung erfolge also im staatlichen Interesse und stehe im engsten Zusammenhang mit der Beamtenstellung der Beurlaubten, die auch für ihre gesellschaftliche Stellung allein von Bedeutung sei. Diese Ansicht, die auch von Lindemann, Jur. Wochenschr. 1915, S. 1240, hinsichtlich der zu ihrer Fortbildung bei einem Rechtsanwalt beschäftigten Gerichtsassessoren vertreten wird, erscheint nicht zutreffend. Zunächst kann der Grund, aus dem die Justizverwaltung Gerichtsassessoren zur Beschäftigung bei einer Rechtsauskunftsstelle, einer Großbank, einem industriellen Unternehmen, einer Handelskammer oder

Digitized by Google

sonstigen Anstalt beurlaubt, ihrer dortigen Tätigkeit schon deshalb nicht das Gepräge geben, weil die Absichten der den Urlaub Nachsuchenden vielfach andere sein werden, als die ihrer vorgesetzten Behörde. Neben der häufig vorliegenden Notwendigkeit, sich während des Wartens auf Anstellung einen Verdienst zu erwerben, wird vielfach auch der Wunsch obwalten, auf diese Weise außerhalb des Staatsdienstes im Bankwesen, in der Industrie, bei politischen oder wirtschaftlichen Verbänden, im Gemeindedienst usw. Anstellung zu finden oder hierfür Kenntnisse zu sammeln. Auch wenn diese Absicht nicht schon von vornherein bestanden hat, kann sich der Übertritt in einen anderen Beruf später infolge der darin ausgeübten Tätigkeit ergeben, während anderseits das ursprüngliche Ziel des Urlaubs nachträglich aufgegeben und die Erlangung einer staatlichen Anstellung vorgezogen werden kann. Es geht aber auch nicht an, etwa den Willen der Beurlaubten für maßgebend zu erachten. Von solchen inneren Vorgängen, die mit Sicherheit nicht festzustellen oder gar vorauszusehen sind, kann die versicherungsrechtliche Be-

Helft uns siegen!

zeichnet die Kriegsanleihe

Digitized by Google

urteilung einer Tätigkeit nicht abhängig gemacht werden. Hierfür muß vielmehr entscheidend sein, wem das Ergebnis der Tätigkeit unmittelbar zugute kam und zugute kommen sollte; das ist aber der jeweilige Arbeitgeber, hier also der Verein für öffentliche Rechtsauskunft. Es ist daher verfehlt, wenn die Beschwerdeführer daraus, daß die Assessoren im Interesse ihrer Fortbildung beurlaubt worden sind, folgern zu können glauben, daß ihre Tätigkeit bei der Rechtsauskunftsstelle „nur eine besondere Form der Tätigkeit für den Staat darstelle". Es ist auch nicht richtig, daß Gerichtsassessoren, solange sie sich im Beamtenverhältnis befinden, überhaupt keinen anderen Hauptberuf haben können; das mag für solche Assessoren gelten, welche im Justizdienst tatsächlich beschäftigt werden, trifft aber nicht für diejenigen zu, welche beurlaubt sind. Endlich ist auch nicht richtig, daß die Beamteneigenschaft der Gerichtsassessoren für ihre gesellschaftliche Stellung ausschlaggebend sei; hierfür ist vielmehr lediglich bestimmend, daß sie durch ihre Ausbildung den Titel eines Gerichtsassessors erlangt haben, eine diesem Stande entsprechende Tätigkeit ausüben und über die Mittel zu einer standesgemäßen Lebensführung verfügen. Die Frage, ob sie sich noch im Beamtenverhältnis befinden oder aus dem Staatsdienst ausgeschieden sind, ist dagegen für ihre Zuweisung zu einer bestimmten Gesellschaftsklasse nur von nebensächlichem Belang. Die beiden Gerichtsassessoren unterliegen somit der Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 VersGes. f. Angest.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1917 S. 4, 23 ff.)

Nr. 173. Ein Bäcker in einer Brezelfabrik, der die ihm unterstellten Arbeiterinnen zu überwachen, für Befolgung der Vorschriften der Arbeitsordnung zu sorgen, zwecks Berechnung der Löhne der Arbeiterinnen Akkordbücher zu führen und die Waren von den Arbeiterinnen abzunehmen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er bei der Herstellung der Waren in erheblichem Umfange selbst körperlich mitarbeitet.

Nr. 174. Ein Anspruch auf Leibrente besteht nicht, wenn die Versicherte wegen Berufsunfähigkeit (§ 25 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet.

Nr. 175. Die Fahrscheinverkäuferin einer Flußdampfergesellschaft, welche Fahrkarten für Vergnügungsdampfer verkauft, Befugnisse in bezug auf Betriebsleitung, Aufsichtsführung oder Anordnungen sonstiger Art nicht besitzt und mit der Abrechnung und Fahrscheinkontrolle nichts zu tun hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 176. Die Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte tritt auch dann ein, wenn der Jahresarbeitsverdienst vorübergehend unter 5000 ℳ herabgesetzt wird.

Nr. 177. Der Vorarbeiter eines Steinbruchs, der unter der fortdauernden Anleitung eines über mehrere Grubenbetriebe der Firma gesetzten Grubenverwalters die Aufsicht über die ihm unterstellten 20 Arbeiter führt und körperlich mitarbeitet, insbesondere die erforderlichen Instandsetzungsarbeiten ausführt, den Kessel bedient und ein Schichten- und Versandbuch führt, auf die Aufsicht und auf die körperliche Mitarbeit etwa die gleiche Zeit verwendet und den gleichen Lohn bezieht wie die übrigen Arbeiter, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 178. Der Patroneur einer Bandwirkerei, der überwiegend Patronen nach fremden Entwürfen und nur ausnahmsweise solche nach Bleistiftskizzen oder eigenen Entwürfen anfertigt, Einfluß auf die Farbenstellung der Erzeugnisse nicht hat und Anordnungs- oder Aufsichtsbefugnisse gegenüber anderen im Betriebe beschäftigten Personen nicht besitzt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 179. Ein Glasmalermeister in einer Kristallglasfabrik, der nach vorgeschriebenen Entwürfen Muster ausführt, für die Massenherstellung die Arbeit in seiner Akkordkolonne verteilt und überwacht, bei der Ausführung selbst mitarbeitet, insbesondere Fehler ausbessert und bei einzelnen Stücken die letzte Hand anlegt und einen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 4000 ℳ erzielt, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des VersGes. für Angestellte.

Nr. 180. Die Bureauangestellte einer Gewerkschaft, welche mit Vorarbeiten für die Registratur, nämlich mit dem Sortieren der eingehenden Unterstützungsbelege nach äußeren Merkmalen (Alphabet und Papierart) beschäftigt wird, ist nicht versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des VersGes. für Angestellte.

Zur Versicherungspflicht der Angestellten an einem Fernsprechamt.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 23. Februar 1916 (B. 1944/15).

Die Angestellte gehörte nach der Art ihrer Tätigkeit zu den Bureauangestellten. Sie würde daher nach § 1 Absatz 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte der Versicherungspflicht nur dann unterliegen, wenn ihre Tätigkeit nicht als niedere oder lediglich mechanische Dienstleistung anzusehen wäre.

Zu den mit niederen Arbeiten betrauten Bureauangestellten gehörte sie zweifellos nicht, denn hierunter

Digitized by Google

fallen lediglich Botendienste, Reinigungs-, Aufräumungs- und ähnliche Arbeiten.

Fraglich kann nur sein, ob sie etwa zu den Bureauangestellten gerechnet werden mußte, die mit „lediglich mechanischen Dienstleistungen" befaßt sind.

Nach den tatsächlichen Feststellungen war die Angestellte, die einen Kursus für Buchführung, Stenographie und Schreibmaschine besucht hat, bei dem Fernsprechamt in D. lediglich mit der Herstellung von Fernsprechverbindungen, die ihr nach der Nummer bezeichnet worden waren, beschäftigt. Diese Tätigkeit ist, da sie keine nennenswerte geistige Anspannung erfordert, als mechanische Dienstleistung anzusehen. War aber die Angestellte ausschließlich mit mechanischen Dienstleistungen im gesetztechnischen Sinne beschäftigt, so war ihre Versicherungspflicht zu verneinen.

Gemäß § 210 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte war gleichzeitig festzustellen, daß sie zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der RVO. bezeichneten Personen gehörte.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Kinderfürsorge der Landesversicherungsanstalten.

Die Reichsversicherungsordnung ist durch die ihr einverleibte Hinterbliebenenversicherung zu einem Schutzengel für viele Tausende unversorgter oder doch ungenügend gegen die Härten des Lebens versorgter Kinder geworden. Am Ende des Jahres 1915 betrug die Zahl der zu Rentenempfängern gewordenen Kinder 420 000, sie wird für Ende 1916 auf über 650 000 gestiegen sein. Die Bezüge für die Waisenkinder sind durch das Reichsgesetz vom 12. Juni 1916 noch dadurch erhöht worden, daß nunmehr jede Waise $^3/_{20}$ des „Grundbetrages" der Invalidenrente erhält, die ursprünglich nur für die erste Waise festgesetzt waren, während auf die weiteren verwaisten Kinder nur je $^1/_{10}$ der Grundrente entfiel. Natürlich ist der Jahresbetrag für das einzelne Kind auch nach dem letzterwähnten Gesetz nicht überwältigend, er beträgt, wenn der verstorbene Versicherte auf eine Rente von jährlich 88 ℳ Anspruch hatte, für jedes Kind etwa jährlich 40 ℳ; allein es ist doch eine gewisse Mindestsicherheit mit diesem Rentenanspruch, zu dem noch in bestimmten Fällen die Waisenaussteuer hinzutritt, verknüpft. Die Waisenrenten werden in Form von Waisenstämmen geführt. Ein Stamm aller von einem Todesfall betroffenen unterstützungsberechtigten Waisen zählt im Durchschnitt etwa $2^1/_2$ Waisen. Inwieweit der Krieg die Verwaisung zu einer abnormen Massenerscheinung gemacht und dadurch auch die gesetzlichen Leistungen für diesen Zweig der Reichsversicherung gesteigert hat, zeigt eine von A. Wanderer (Frankfurt a. M.) aufgestellte, in der „Zeitschrift für das Armenwesen" (Karl Heymanns Verlag, Berlin) veröffentlichte Tabelle. Die Zahl der festgesetzten Waisenrenten (d. i. Waisenstämme) betrug 1912 13 962 mit einem Jahresbetrage von 628 943 ℳ, wozu noch 108 Waisenaussteuern mit 2371 ℳ kamen. Diese Zahlen stellten sich für 1913 auf 37 774 laufende Waisenrenten mit einem Auszahlungsbetrage von 2 573 433 ℳ und 460 Waisenaussteuern mit 9696 ℳ für das Jahr 1914 (fünf Kriegsmonate einschließend) auf 64 745 laufende Waisenrenten mit einem Auszahlungsbetrage von 4 458 680 ℳ und 887 Waisenaussteuern mit 19 719 ℳ. Das Ende des Kriegsjahres 1915 zeigt 167 752 laufende Waisenrenten, deren noch nicht festgestellter Betrag etwa 13 500 000 ℳ betragen dürfte, und 1408 Waisenaussteuern mit einem Betrage von etwa 32 000 ℳ. Bei gleichem Ansteigen der Verwaisungsziffer und unter dem Einfluß der Rentenerhöhung durch das oben angezogene Gesetz vom 12. Juni 1916 sind für das Jahr 1916 rund 25 Millionen Mark Waisenrenten zu zahlen; davon durch das Reich 17, durch die Landesversicherungsanstalten 8 Millionen Mark.

Wenngleich also die Landesversicherungsanstalten zur Waisenrente nur den dritten Teil beisteuern, ist doch, wenn man so sprechen will, die eigentliche Gefühlswärme für die Rentenwaisen bei diesen zu suchen. Die Reichsversicherungsordnung ermächtigt (in § 1277) die Versicherungsanstalten oder vielmehr deren Vorstand, den Rentenempfänger auf Antrag in einem Invalidenhaus oder, was für die Rentenwaisen in Betracht kommt, in einem Waisenhaus oder einer ähnlichen eigenen oder fremden Anstalt unterzubringen und dazu die Rente ganz oder teilweise zu verwenden. Etwa die Hälfte von den 41 Versicherungsanstalten hat denn auch bereits Ausführungsbestimmungen über die Waisenhauspflege rentenberechtigter Waisen erlassen, und ein Teil der Anstalten ist tatsächlich dazu übergegangen, ihre Waisen besonders dann, wenn sie kränklich sind oder sich in Familien befinden, in denen die Gefahr tuberkulöser Ansteckung vorliegt, in Waisenhäusern, Heil- und Pflegestätten unterzubringen. In besonders vorbildlicher Weise ist hier die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte (Sitz Lübeck, Vorsitzender Geheimer Rat Dr. Bielefeldt) vorgegangen. Sie hat sich ihrer Rentenwaisen dadurch warmfühlend angenommen, daß sie schon 1913 die Unterbringung dieser Kinder in ländlicher Pflege durchzuführen begann und bereits im folgenden Jahre, 1914 ein eigenes Erholungsheim für Kinder mit 50 Betten in Groß Hansdorf in Holstein errichtete. Außerdem brachte sie Kinder in Ferienkolonien und Walderholungsstätten unter. Das Erholungsheim ist inzwischen um das doppelte erweitert und sowohl hinsichtlich der gesundheitlichen wie nach der unterrichtlichen Seite hin musterhaft eingerichtet. Im Jahre 1914 konnten schon seitens der hanseatischen Versicherungsanstalt 315 Waisen durch diese Anstalt und durch Landaufenthalt völlig versorgt werden mit einem Kostenaufwande von rund 86 000 ℳ, wovon reiner Aufwand der Versicherungsanstalt (einschließlich des Reichszuschusses) 74 860 ℳ sind.

Es kann hier noch darauf hingewiesen werden, daß die Landesversicherungsanstalten auch durch besondere Verpflichtungen ihre Hypothekenschuldner, sofern diese entsprechende Anstaltsunternehmungen sind, dazu nötigt, neben der Zinszahlung eine große Anzahl von Freiplätzen für Kinder von Versicherten der Landesversicherungsanstalt zur Verfügung zu stellen. Hierbei ist allerdings in erster Linie an die gesundheitlich gefährdeten Kinder von Versicherten gedacht.

Digitized by Google

Aber das Bild der Kinderfürsorge, das die Versicherungsanstalt der Hansestädte bietet, wird doch vervollständigt und die Tatsache, daß auch den Rentenwaisen in mustergültiger Weise Wohlwollen und Fürsorge zuteil wird, dadurch erhärtet.

Man darf auch als sicher annehmen, daß das Vorbild der hanseatischen Versicherungsanstalt auf die übrigen Landesversicherungsanstalten bereits günstig eingewirkt hat. Dazu kommt die Einwirkung der Kriegsfolgen, welche die Kinderfürsorge in den Vordergrund aller Fürsorge drängt. Während sich im Jahre 1914 im ganzen nur 15 Landesversicherungsanstalten eingehender Kinder- und speziell Waisenfürsorge widmeten, waren im Jahre 1915 bereits 21 Anstalten, also reichlich die Hälfte der Gesamtzahl, hierfür tätig. So betrug die Zahl der in vollständige Fürsorge übernommenen Rentenwaisen im Jahre 1915: 761, wovon allein auf die drei Hansestädte 400 entfielen. Der Aufwand für diese Waisenpflege betrug rund 125 000 ℳ. Die Gesamtzahl der so verpflegten Waisen im Deutschen Reiche ist seit 1912 auf über 1700 gestiegen.

Wenn man sich die große Zahl der aus der Reichshinterbliebenenversicherung entstammenden Waisen — wie schon oben angedeutet, rund 650 000 — vor Augen hält, so bedeuten die berichteten Leistungen ja nur noch wenig für die Lösung der großen Aufgabe. Es sind ja auch in der Hauptsache andere Faktoren, die außer der Reichsversicherung bei dieser Fürsorge in Betracht kommen, nämlich die Militärhinterbliebenengesetze, die öffentliche Armen- und Waisenpflege und die private Fürsorge. Daß aber die Landesversicherungsanstalten sich nach dem Vorbilde der hanseatischen Anstalt für diesen Fürsorgezweig besonders interessieren, ist doch eine erfreuliche Tatsache. Es gilt dies namentlich in bezug auf das planmäßige Vorgehen. Während bei der Reichsversicherung im wesentlichen nur die Geldleistung in der Waisenversicherung zum Ausdruck kommt, sind ihre Organe, die Landesversicherungsanstalten, gesetzmäßig in der Lage, ihre Teilnahme an dem Wohl und Wehe ihrer Rentenwaisen und der Kinder ihrer versicherungspflichtigen Mitglieder zum Ausdruck zu bringen und Wege zur Lösung der Fürsorgeaufgaben zu beschreiten.

In diesem Sinne ist auch das Vorgehen der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz bedeutungsvoll, über das ein vom 30. Januar 1917 datiertes, in der Februarnummer der „Amtlichen Mitteilungen" (Düsseldorf) abgedrucktes Rundschreiben Aufschluß gibt. Diese Anstalt will die Kriegseinwirkungen dadurch abschwächen, daß sie in erweitertem Maße an einer gedeihlichen gesundheitlichen Entwicklung der versicherungspflichtigen Bevölkerung durch planmäßige Kinderfürsorge teilnimmt. Sie teilt ihre Betätigungsgebiete dieser Art in drei Gruppen ein: 1) Beteiligung an den Kosten von Heilverfahren für Kinder von 10 bis 15 Jahren, die an ernstlichen Volkskrankheiten, hauptsächlich Lungentuberkulose, leiden oder von solchen bedroht sind, 2) Förderung der Bestrebungen, die der Bekämpfung von Schwächlichkeit und Krankheit unter den Kindern der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu dienen bestimmt sind, und 3) Ausdehnung der Waisenpflege für die ihr am 1. Januar 1917 zugefallenen 67 217 Rentenwaisen, indem sie insbesondere hier die Familienpflege für die Kriegswaisen unter erfreulicher Mitwirkung großer provinzieller Erziehungsvereine ins Auge fassen will. Das Rundschreiben der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz zeigt nach jeder Richtung hin die vorliegenden ernsten Absichten. Möge der edle Wetteifer in der Kinder- und insbesondere der Waisenfürsorge, den die hanseatische und die rheinische Landesversicherungsanstalt zeigen, gute anspornende Folgen zeitigen!

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Kosten der Schutzimpfung gegen Pocken trägt nicht die Krankenkasse.

1. Nach W. Antwort: Der Kasse liegt nur die ärztliche Behandlung kranker Versicherter ob. Für die von der Polizei veranlaßte Schutzimpfung gegen Pocken, durch die nur der Erkrankung vorgebeugt werden soll, hat die Kasse nicht aufzukommen. Die Polizeibehörde irrt sich daher, wenn sie in der an die Bevölkerung gerichteten Bekanntmachung bemerkt, daß die Kosten von der Polizei verauslagt und demnächst von den Krankenkassen eingezogen werden; sie wird damit kein Glück haben.

Unbefugte Einmischung Dritter in Angelegenheiten der Krankenversicherung.

2. Nach S. Frage: Der Arbeiter D. verstarb am 1. Januar 1917. Der Pastor S., der gern fremde Rechtsangelegenheiten besorgt und der Krankenkasse schon viel unnütze Schreibereien verursacht hat, fragt bei der Kasse an, ob und wann die Hinterbliebenen des D. auf die Auszahlung des Sterbegeldes rechnen können. Der Anfrage des Pastors liegt weder eine Sterbeurkunde des D. bei, noch geht aus der Anfrage hervor, daß im Auftrage der Hinterbliebenen gehandelt wird. Die Krankenkasse schreibt darauf dem Pastor, daß sie sich nicht für berechtigt hält, über Angelegenheiten Versicherter dritten Personen ohne weiteres Auskunft zu erteilen; der Pastor solle, falls er zur Regelung der Angelegenheit von den berechtigten Hinterbliebenen beauftragt sei, zunächst eine Vollmacht einreichen, dann werde er jede gewünschte Auskunft erhalten. Auf die Beschwerde des Pastors hat der Vorsitzende des Versicherungsamts der Krankenkasse aufgegeben, dem Beschwerdeführer binnen drei Tagen die ge-

Digitized by Google

wünschte Auskunft zu geben und die neue Antwort an den Pastor vor der Absendung dem Versicherungsamt zur Kenntnis vorzulegen. Ist das Versicherungsamt zu einer solchen Anordnung berechtigt?

Antwort: Das Verhalten der Kasse ist durchaus einwandsfrei. Wir empfehlen, gegen die haltlose Anordnung Beschwerde zu erheben.

a) Beitritt einer Krankenkasse zu einer Genossenschaft? b) Kosten des Begräbnisses; Anspruch mehrerer auf das Sterbegeld.

3. Nach S. Antwort: a) Der Beitritt zu einer Genossenschaft, zumal mit unbeschränkter Haftung, schließt die Eingehung eines recht beträchtlichen Risikos ein. Dem Beitritt der Krankenkasse zu einem Spar- und Darlehnsverein dieser Art, stehen die Vorschriften in § 25 Abs. 1 und 3 und § 363 RVO. entgegen.

b) Vom Sterbegelde werden zunächst die Kosten des Begräbnisses bestritten und an den bezahlt, der „das Begräbnis besorgt" (§ 203 RVO.), d. h. die Gesamtheit der dazu gehörigen Handlungen übernommen und die Kosten dafür ausgelegt hat. Es gehören dazu alle Auslagen für standesmäßige Bestattung bei Berücksichtigung der Ortssitte (zu vgl. Hahn, Anm. 1 zu § 203). Die Beurteilung kann also, je nach den Verhältnissen, sehr verschieden sein, und es läßt sich nicht allgemein sagen, „welche einzelne Posten" dazu gehören und welche „zuerst vom Sterbegeld bezahlt werden müssen". Daß das Sterbekleid dazu gehört, ist nicht zweifelhaft. Haben mehrere Personen zusammen das Begräbnis besorgt, so kann die Kasse nur an sie zusammen zahlen. An einen von ihnen den vollen Betrag seiner Auslagen zu bezahlen, ehe übersehen werden kann, ob der Betrag des Sterbegeldes den Gesamtaufwand deckt, ist bedenklich. Reicht das Sterbegeld nicht aus und verständigen sich die Beteiligten nicht über die Verteilung, so muß die Kasse den Betrag hinterlegen (§ 372 BGB.).

Vorübergehende Beschäftigung. — Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse, wenn der Unternehmer die Krankenhauskosten für den Verletzten bezahlt hat.

4. Nach Hb. Antwort: Unständige Beschäftigung und Anwendung der §§ 441 ff. RVO. kommt nicht in Frage, wenn der Arbeiter nicht in das Verzeichnis der Unständigen eingetragen war (§ 442). Die Frage, ob er durch seine dreitägige Beschäftigung bei dem Brauereibesitzer nach seinem versicherungsfreien eintägigen Aufenthalt in der Wanderarbeitsstätte versicherungspflichtig geworden ist oder nicht, ist daher lediglich nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 165 ff. zu beantworten. Sie ist zu bejahen, da nichts vorliegt, was die Annahme der Versicherungsfreiheit nach § 168 und nach der von Ihnen angezogenen Vorschrift in Ziff. I 2 der Bek. v. 17. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 848) rechtfertigen könnte. Es kann dahingestellt bleiben, ob es sich nur um eine „gelegentliche, insbesondere zur gelegentlichen Aushilfe" übernommene Beschäftigung handelte; jedenfalls fehlt jeder Anhalt für die Annahme, daß die am dritten Tage infolge eines Unfalls aufgegebene Beschäftigung nach der Natur der Sache oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf höchstens drei Tage beschränkt gewesen sei. Die Kasse war also zur Krankenhilfe nach § 182 in Verbindung mit § 573 verpflichtet; § 577 kommt nicht in Frage. Hat statt der Kasse der Unternehmer die Fürsorge für den Verletzten übernommen, so kann er auf Grund der Geschäftsführung ohne Auftrag von der Kasse Ersatz fordern. Es handelt sich dann aber nicht um einen Ersatzanspruch „aus den §§ 573 bis 575, 579" und es ist daher nicht im Spruchverfahren nach § 585 zu entscheiden, sondern es liegt ein im ordentlichen Rechtswege zu verfolgender Anspruch vor. Keinesfalls kann der Arbeitgeber ohne weiteres den vollen Betrag der Krankenhauskosten ersetzt verlangen, da die Kasse nicht verpflichtet war, ihre Fürsorge in der Form der Krankenhauspflege zu gewähren; ihre Ersatzpflicht kann nicht über das hinausreichen, was sie selbst nach §§ 182, 573 RVO. für Krankenpflege und Krankengeld hätte aufwenden müssen, und hiervon geht noch der Betrag ab, den ihr etwa nach § 576 der Unternehmer selbst zu ersetzen hätte.

Formale Krankenversicherung russisch-polnischer Arbeiter nach § 213 RVO.

5. Nach Salzwedel. Antwort: Die russischen bis zur Errichtung des Königreichs Polen als unfrei anzusehen und deshalb weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt, also nicht Mitglieder Ihrer Kasse. Dieser Rechtssatz ist durch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts (vgl. ArbVers. 1916 S. 511, 513) nur klargestellt worden. Daraus folgt an sich, daß die für sie gezahlten Beiträge zurückgefordert werden können und daß die Kasse ebenso die gewährten Leistungen von den Empfängern (nicht vom Arbeitgeber) zurückfordern kann. Es kann aber hinsichtlich einzelner dieser Personen (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 744 Ziff. 6) die Anwendung des § 213 RVO. in Frage kommen. Soweit diese Voraussetzungen — gehörige Anmeldung und ununterbrochene, unbeanstandete Annahme der Beiträge während dreier Monate — vorlagen, kann die Kasse die gewährten Leistungen nicht zurückfordern und behält dafür auch die bis zum Eintritt des Versicherungsfalles empfangenen Beiträge (Hahn, Anm. 4 zu § 213). Bei dieser Rechtslage ist auch der Anspruch des Armenverbandes in dem fraglichen Falle nach §§ 201—203, 213 begründet. Die Kasse mußte für den am 31. Juli ins Krankenhaus gebrachten Versicherten, wenn bezüglich seiner Person die Voraussetzungen des § 213 vorlagen, nicht nur die Krankenhauskosten tragen, wie sie getan hat, sondern auch die Begräbniskosten erstatten, wenn er an derselben Krankheit gestorben und bis zum Tode arbeitsunfähig gewesen ist (§ 202).

Sind Haematogen, Biofon und ähnliche Präparate bei Familienhilfe zu gewähren?

6. K. W. Antwort: Die Frage, inwieweit von der Kasse Heilmittel für die Mitglieder selbst zu gewähren sind, ist erschöpfend durch §§ 182 Ziff. 1, 193 RVO. geregelt, und daneben ist für Satzungsvorschriften, durch die die Verpflichtung eingeschränkt wird, kein Raum. Darum sind auch die in § 10 Abs. 2 der Satzung genannten Mittel den Mitgliedern zu gewähren, sofern sie nicht bloß zur Stärkung, sondern zur Heilung dienen, und das können sehr wohl auch Präparate wie Haematogen, Biofon und dergl. (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 5a zu § 182 S. 255). Anders bei der Familienhilfe. Hier kann die Satzung den Umfang der Krankenpflege beschränken und daher auch die Gewährung bestimmter Heilmittel ausschließen. Aber offenbar will § 21 der Satzung in Verbindung mit § 10 Abs. 2 nicht bestimmte Heilmittel, sondern nur bloße Nähr- und Stärkungsmittel versagen und führt als Beispiele solcher an: Wein, Mineralwässer, Malz,

Digitized by Google

Fleischextrakt. Sofern aber diese Mittel für den Heilzweck notwendig sind, müssen sie auch den Familienangehörigen der Mitglieder gewährt werden. In der Regel sind nun Haematogen und Biojon nur Stärkungsmittel, können aber im Einzelfalle Heilmittel sein. Es muß daher der Arzt befragt werden, welchem Zwecke ihre Verwendung dienen sollte.

Welche Kasse hat Kriegswochenhilfe zu leisten, wenn die zuständige Kasse geschlossen ist?

7. Nach Geyer. Frage: Der Ehemann einer Wöchnerin war bei einer Betriebskrankenkasse Mitglied bis zum Eintritt in den Heeresdienst. Diese Kasse ist vor einiger Zeit behördlich geschlossen worden. Ist aus diesem Grunde und nach welchen gesetzlichen Vorschriften diejenige Krankenkasse zur Zahlung der gesetzlichen Wochenhilfe verpflichtet, bei der der Ehemann der Wöchnerin vor Eintritt in die Betriebskrankenkasse versichert gewesen ist?

Antwort: Wir nehmen an, daß es sich um Kriegswochenhilfe nach der Bek. v. 3. Dezember 1914 handelt. Nach § 2 ist die Wochenhilfe von der Kasse zu leisten, welcher der Ehemann angehört oder zuletzt angehört hat. Dies war die Betriebskrankenkasse, nicht aber irgendeine andere Kasse, welcher der Ehemann vor seinem Eintritt in die Betriebskrankenkasse angehört hatte. Ist nun diese Kasse, der nach § 2 die Leistung obgelegen hätte, geschlossen, so kann nur diejenige Kasse als leistungspflichtig angesehen werden, zu welcher die Mitglieder der geschlossenen Kasse nach § 300 RVO. übergegangen sind. Denn nach § 2 der Bek. soll, wenn der Ehemann nicht mehr versichert ist, die Sache so angesehen werden, wie wenn er noch bei der Kasse versichert wäre, der er zuletzt angehört hat. Daher erscheint auch der § 300 RVO. auf ihn anwendbar.

Beschränkung der Familien-Wochenhilfe (§ 205 Ziff. 2 RVO.) auf die Ehefrau im Haushalte des Versicherten.

8. Nach D. Frage: Ist eine Satzungsbestimmung zulässig, wonach die Wochenhilfe nach § 205 Ziff. 2 RVO. nur an die im Haushalte eines Kassenmitgliedes lebende versicherungsfreie Ehefrau gewährt werden soll? Mir ist diese Fassung bedenklich, weil hierdurch eine unterschiedliche Behandlung der Mitglieder, die gleiche Beiträge bezahlen, vorliegen dürfte (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 608, BetrKrK 1915 S. 88 ff., 96).

Antwort: Ihr Bedenken ist nicht begründet. Die vom Gesetz zugelassene Einführung der Familienhilfe schließt begrifflich in gewisser Hinsicht eine ungleiche Behandlung der Kassenmitglieder ein, da diese Leistungen nur denen, die Familie haben, zukommen. Das Gesetz bestimmt ferner nicht, für welche Familienglieder Leistungen vorgesehen werden können, sondern überläßt diese Bestimmung der Satzung (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2b zu § 205 RVO.) und bedingt hierdurch eine weitere Ungleichheit zwischen den einzelnen Mitgliedern je nach ihrem Familienstande. Es ist daher unbedenklich, daß durch die Satzung sowohl die Familien-Krankenhilfe wie auch die Familien-Wochenhilfe auf solche Angehörige beschränkt werden kann, die im Haushalt des Versicherten leben (Hahn a. a. O. und Anm. 3b). Aus den von Ihnen angeführten Stellen ist Entgegenstehendes nicht zu entnehmen, da es sich dort nicht um die Begrenzung des Kreises der berechtigten Familienmitglieder, sondern um ungleiche Behandlung derselben in bezug auf den Inhalt der ihnen gebührenden Leistung handelt.

Kriegswochenhilfe, wenn der Ehemann um 75 v. H. in der Erwerbsfähigkeit beschränkt ist.

9. Nach A. Frage: Frau B. ist am 4. März 1917 niedergekommen. Ihr Ehemann hat sich als Kriegsteilnehmer eine Quetschung des Kopfes durch Fall eines schweren Balkens zugezogen, ist am 29. November 1916 auf Grund von Kriegsbeschädigung, als um 75 v. H. erwerbsbeschränkt, bis 1918 entlassen worden und erhält Rente. Einen Versuch, die Arbeit wieder aufzunehmen, hat er noch nicht gemacht. Hat Frau B. Anspruch auf Kriegswochenhilfe? Die sonstigen Voraussetzungen zum Bezuge der Kriegswochenhilfe sind erfüllt.

Antwort: Der Anspruch ist nach § 1 Ziff. 1 der Bek. vom 3. Dezember 1914 begründet, wenn der Mann noch jetzt an der Wiederaufnahme „einer" Erwerbstätigkeit durch seine Erkrankung gehindert ist. Nicht erforderlich ist, daß er gerade seine frühere Berufstätigkeit nicht mehr ausüben kann, aber andererseits wird auch nicht völlige Arbeitsunfähigkeit vorausgesetzt. Es genügt, daß der Mann „im wesentlichen" erwerbsbehindert, daß er unfähig ist, eine Erwerbstätigkeit von „entsprechendem Belange" wieder aufzunehmen (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 730, 754). Diese Voraussetzung erscheint bei einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um 75 v. H. gegeben. Wir halten daher den Anspruch für begründet.

Kassenbeiträge für volle Wochen (§ 397 Abs. 4 RVO.).

10. Nach Schw. Antwort: Wenn Ihre Satzung bestimmt, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben werden, so bezieht sich das sowohl auf die Eintritts- wie auf die Austrittswoche. Die sich anschließende weitere Bestimmung, daß die Beiträge für alle Eintretenden für die volle Woche erhoben werden, auch wenn sich die Beschäftigung nur auf einen Teil der Woche erstreckt, enthält keine Einschränkung des ersten Satzes dahin, daß die Beiträge allgemein nur für die Eintrittswoche voll erhoben werden, sondern dieser zweite Satz stellt nur außer Zweifel, daß der erste Satz auch dann gilt, wenn die Beschäftigung innerhalb einer Woche beginnt und endet. Da nach dem dritten Satze die Beitragswoche mit dem Montag beginnt, so ist auch für diejenigen, die am Montag ausscheiden oder abgemeldet werden (§ 397 Abs. 1 RVO.), noch der volle Wochenbeitrag für die begonnene Woche zu zahlen. — Ein Beschluß des Vorstandes über diese Frage bedarf keiner Genehmigung irgendeiner Instanz. Er hat nur die Bedeutung einer Anweisung für die mit der Berechnung und Erhebung der Beiträge betrauten Personen. Will ein Beitragspflichtiger die Beitragsberechnung nicht gelten lassen, so hat er auf Streitentscheidung nach § 405 Abs. 2 RVO. anzutragen.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1170 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. April 1917 | Heft 12

Die Kinderversicherung

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg im Großh.

Als ich im Februar 1916 in der Arbeiter-Versorgung (S. 73 ff.) die Frage der Kinderversicherung erörterte, rechnete ich mit starkem grundsätzlichen Widerspruch. Dieser ist ausgeblieben, wenn man von Zeiler (Gesetzliche Zulagen für jeden Haushalt) absieht, der die Form der Versicherung ablehnt, weil der Kinderreichtum nicht zu einem Unglück gestempelt werden dürfe, aber dasselbe Ziel auf einem anderen Wege erstrebt. Die Erörterungen drehen sich nicht um die Frage, ob eine Kinderversicherung eingeführt werden soll, sondern nur darum, wie dieses geschehen soll. Es dürfte daher angezeigt sein, auch an dieser Stelle auf Einzelheiten einzugehen.

1. Wer soll die Kinderrenten erhalten? Ich hatte (ArbVers. 1916 S. 105) vorgeschlagen, vom dritten Kinde an für jedes Kind eine Rente zu gewähren und Renten für das erste und zweite Kind abzulehnen. Schmittmann wollte gleichfalls Renten für Familien mit drei Kindern (Concordia 1916 S. 221), später schränkte er dieses dahin ein, daß die Kinderrenten erst vom vierten Kinde an gewährt werden sollen (Zeitschr. f. d. gesamte Versicherungswissensch. 1917 S. 73). Ich glaube, daß dieser letztere Vorschlag unbedingt abzulehnen ist. Gewiß brauchen die Familien mit vier und mehr Kindern die Rente am nötigsten. Es handelt sich jedoch darum, den Versicherten den Entschluß, mehr Kinder aufzuziehen, zu erleichtern, und da bietet die Tatsache, daß erst vom vierten Kinde an die Rente winkt, nur einen geringen Anreiz. Umgekehrt scheint es natürlich sehr verlockend zu sein, die Rente bereits mit dem ersten Kinde beginnen zu lassen. Das hätte aber notwendig zur Folge, daß die Rente verhältnismäßig sehr niedrig wäre, wodurch die erhoffte Wirkung zum Teil wieder aufgehoben wird. Für ganz besonders glücklich halte ich den Vorschlag von Düttmann (Des deutschen Volkes Wille zum Leben S. 479), die Rente zwar erst mit dem dritten Kinde beginnen zu lassen, von der Geburt des dritten Kindes an aber die Rente sogleich für drei Kinder zu gewähren, und dann bei der Geburt weiterer Kinder für jedes folgende Kind gleichfalls eine Rente zu bewilligen. Dieses wird in der Tat der beste Weg sein. Eltern mit ein bis zwei Kindern erhalten dann keine Rente, das ist auch nicht dringend erforderlich, weil ein bis zwei Kinder ohnehin im allgemeinen erzeugt werden, sofern die Ehe nicht aus körperlichen Gründen notwendig unfruchtbar ist, und weil das Einkommen für eine kleine Familie in der Regel auch ausreicht. Das dritte Kind bildet die kritische Grenze, und der Wille zum dritten Kinde wird erheblich gestärkt werden, wenn bei Geburt des dritten Kindes

Digitized by Google

gleich drei Renten winken, die sich mit jedem Kinde um eine weitere Rente vermehren.

2. Renten bei Doppelversicherung. Ich hatte (ArbVers. 1916 S. 105) vorgeschlagen, daß, wenn beide Eltern versichert sind, die doppelten Renten gewährt werden. Demgegenüber will Düttmann a. a. O. in diesem Falle nur die höheren Kinderrenten auszahlen. Ich halte meinen Vorschlag aufrecht. Zwar ruht nach § 1318 RVO. beim Zusammentreffen mehrerer Renten die niedrigere Rente. Diese Bestimmung gilt aber schon jetzt nicht für die Kinderzuschüsse des § 1291; vielmehr sind wenn beide Eltern Invalidenrente beziehen, die Kinderzuschüsse zu beiden Invalidenrenten zu zahlen. Ich erhoffe von dieser Doppelzahlung eine starke Förderung der freiwilligen Versicherung, die auch aus anderen Gründen dringend erwünscht ist. Würden die niedrigeren Kinderrenten, und das sind meist die aus den Beiträgen der Mutter, ruhen, so wäre das eine starke Benachteiligung der weiblichen Versicherten, die zu den höheren Beiträgen für die Kinderversicherung herangezogen werden, die Leistungen der Kinderversicherung aber in den meisten Fällen nicht erhalten können. Lieber sollte man gewisse Sonderleistungen für die weiblichen Versicherten, nämlich das Witwengeld und die Waisenaussteuer abschaffen, die eine erhebliche Verwaltungsarbeit verursachen, ohne den Versicherten einen dauernden Nutzen zu bringen. Die Doppelrenten würden auch die Eheschließung außerordentlich fördern, weil die weiblichen Versicherten eine nicht unansehnliche Mitgift in der Form der zu erwartenden Kinderrenten in die Ehe bringen würden.

3. Form der Versicherung. Darüber, daß die neue Versicherung an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung anzuschließen ist, bestehen keine Meinungsverschiedenheiten.

4. Welche Versicherte sollen Beiträge leisten? Ich hatte vorgeschlagen, daß die erhöhten Invalidenversicherungsbeiträge von allen Versicherten zu tragen seien, von männlichen und weiblichen Personen und ohne Rücksicht darauf, ob sie verheiratet sind oder nicht. Demgegenüber will Schmittmann (Deutsche Arbeit 1916 Märzheft) nur die ledigen Versicherten zu Beiträgen heranziehen, später (Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissensch. 1917 S. 71) auch die verheirateten und kinderarmen Versicherten. Diese Unterscheidung bringt eine neue Verwicklung in die Invalidenversicherung hinein, die im Interesse der Einfachheit und Durchsichtigkeit vermieden werden muß. Mit verschiedenen Beitragsmarken für die Versicherung ist in der Praxis nichts anzufangen. Wie soll der Arbeitgeber feststellen, ob für einen Versicherten Beiträge zur Kinderversicherung zu leisten sind, oder wie soll die Landesversicherungsanstalt nachprüfen, ob die richtige Markensorte benutzt ist? Es wären ständig Ermittlungen über die Familienverhältnisse der einzelnen Versicherten erforderlich, die eine unerträgliche Belastung der Geschäftsführung bedingen würden. Die Versicherung muß möglichst einfach sein; sie ist schon jetzt verwickelt genug. Es ist auch nicht unbillig, die kinderreichen Familien zu den Beiträgen heranzuziehen, da sie in den Kinderrenten ausreichenden Ersatz finden, zumal wenn die von mir vorgeschlagenen Doppelrenten bei Doppelversicherung gewährt werden. Zustimmend Düttmann a. a. O.

5. Beginn der Kinderrenten. Im Interesse der möglichsten Vereinfachung der neuen Versicherung schlägt Düttmann (a. a. O.) vor, daß die Kinderrenten erst nach Ablauf des ersten Vierteljahres beginnen, damit die Weiterungen in den zahlreichen Fällen, in denen das Kind bald nach der Geburt stirbt, vermieden werden. Für das erste Vierteljahr soll Wochenhilfe gewährt werden. Ich stimme dem zu. Es muß in der Tat alles geschehen, um die Versicherung möglichst einfach zu gestalten. Daß die Renten immer nur für volle Monate gezahlt werden, ist eine Forderung, die auch für die übrigen Renten der Invaliden- und Hinter-

Digitized by Google

bliebenenversicherung erfüllt werden sollte. Zu vgl. Seelmann in „Ortskrankenkasse" 1917 S. 75.

6. Auszahlung der Renten. Bedenklich erscheint der Vorschlag von Düttmann, daß die Auszahlung der Kinderrenten im Interesse der Vereinfachung durch die Gemeinden erfolgen solle, die dann Vorschußzahlungen und Zahlungen an Dritte unter eigener Verantwortung leisten können. Es wäre keine Vereinfachung, sondern eine weitere Verwicklung, wenn die Auszahlung der Renten der Landesversicherungsanstalt teils durch die Post, teils durch die Gemeinden erfolgen würde. Die Gemeinden arbeiten auch zu ungleichmäßig. Ich halte es daher für richtiger, auch die Kinderrenten durch die Post auszuzahlen, aber nicht monatlich, sondern nur vierteljährlich; das würde Verminderung der Arbeit um zwei Drittel bedeuten. Die Kinderrenten würden dann für die Empfänger zur Bestreitung größerer Ausgaben, wie Miete, Kleidung, Einkauf von Wintervorräten usw., dienen können. Die Verhältnisse liegen hier eben anders wie bei den Invaliden- und Waisenrenten, die für den laufenden Unterhalt erforderlich sind, während bei den Kinderrenten der Empfänger seinen vollen Arbeitsverdienst hat.

7. Beitragsteile der Arbeitgeber. Ich hatte darauf hingewiesen, daß es sich bei der Kinderversicherung im Grunde genommen nur um eine durch staatlichen Zwang herbeigeführte, von der jetzigen Form abweichenden Art der Lohnverteilung handelt. Näheres: ArbVers. 1906 S. 106 Sp. 2. Schmittmann will Versicherte und Arbeitgeber zu gleichen Teilen zu den Beiträgen heranziehen. Düttmann wieder will einen Arbeitgeberbeitrag nicht fordern. Er schlägt deshalb vor, den gesamten Beitrag der erweiterten Invalidenversicherung zu dritteln, so daß der Arbeitgeber, wie in der Krankenversicherung, ein Drittel, der Versicherte zwei Drittel der Beiträge zu zahlen habe, während bei der Verwaltung der Versicherungsträger die beiden Beteiligten, wie bisher, zu gleichen Teilen beteiligt bleiben. Ich glaube, daß man diesem Vorschlag zustimmen kann. Gewiß wäre an sich zu prüfen, ob nicht auch die Arbeitgeber zur Beitragsleistung heranzuziehen sind. Indessen sind durch den Krieg die Lebensbedingungen unserer Industrie so unsicher geworden, daß niemand es auf sich nehmen wird, sie im gegenwärtigen Zeitpunkt mit neuen höheren Beiträgen zu belasten. Andererseits ist es dringend erforderlich, daß mit den Vorarbeiten für die Kinderversicherung alsbald begonnen wird. Sehr richtig sagt Düttmann a. a. O.: „Ein Gesetz, das dem Familienvater die notwendige Hilfe fest sichert, das wäre der Willkommengruß, den das Vaterland dem Heimkehrenden (Krieger) entbietet."

8. Höhe der Beiträge. Ich habe im vergangenen Jahre Zahlen über die Höhe der erforderlichen Beiträge nicht beigebracht; die erforderlichen Unterlagen fehlen mir auch jetzt noch. Sicher ist nur, daß die Kinderversicherung, wenn die Beiträge allein von den Versicherten gefordert werden, an der Höhe der Beiträge nicht scheitern kann, denn es handelt sich, wie erwähnt, nur um eine andere Verteilung des Lohnes. Daß der Kinderlose oder Kinderarme höhere Beiträge zahlen kann als sie jetzt der Kinderreiche zahlen muß, kann keinem Zweifel unterliegen. Schmittmann (Concordia a. a. O.) fordert für die Durchführung seiner Vorschläge Wochenbeiträge von 16 bis 48 ₰, in der Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissensch. 36 bis 100 ₰; dabei ist zu beachten, daß er die Beiträge nur von Kinderlosen oder Kinderarmen fordert, wodurch der Wochenbeitrag notwendig höher wird.

9. Höhe der Renten. Düttmann schlägt vor, die Kinderrente auf die Hälfte vom Grundbetrag und Steigerungssatz der Invalidenrente zu bemessen. Sie würde dann betragen nach Leistung von 200 Wochenbeiträgen

für die Lohnklasse	I	II	III	IV	V
	33 M.	41 M.	48 M.	55 M.	62 M.
für 3 Kinder . .	99 „	123 „	144 „	165 „	188 „
von 1000 Wochenbeiträgen . . .	45 „	65 „	80 „	95 „	110 „
für 3 Kinder . .	135 „	195 „	240 „	285 „	330 „

Digitized by Google

Dazu würde der Reichszuschuß treten, wenn und sobald das Reich in der Lage ist, einen solchen zu übernehmen. Daß das Reich Zuschüsse leistet wie bei den übrigen Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, ist durchaus gerechtfertigt, da die Aufziehung der Kinder im Interesse der Allgemeinheit liegt.

10. Welche Beiträge sollen angerechnet werden? Wenn Invaliden- oder Hinterbliebenenrenten festgesetzt werden, ist die Versicherung selbst abgeschlossen. Die Renten werden nach den bis zum Eintritt des Versicherungsfalles geleisteten Beiträgen berechnet und weitere Beiträge können nicht mehr entrichtet werden. Anders bei der Kinderversicherung. Hier läuft die Versicherungspflicht des Versicherten weiter, es werden allwöchentlich neue Beiträge geleistet und es entsteht daher die Frage, nach welchen Beiträgen die Kinderrenten zu berechnen sind. Düttmann ist der Ansicht, daß, um allzu große Weiterungen zu vermeiden, der Beitrag, der bei der erstmaligen Festsetzung von Kinderrenten auf Grund der bis dahin geleisteten Beiträge sich ergibt, auch für später hinzugehende Kinderrenten maßgebend sein müsse. Das würde aber geradezu eine Prämie auf späte Eheschließung oder späte Kindererzeugung bilden: Je später das erste Kind geboren wird, desto höher wären die Kinderrenten für alle Kinder! Aber auch die Unbilligkeit, die darin liegen würde, wäre sehr groß. Von den Versicherten heiratet ein immerhin doch nicht unerheblicher Teil schon in jungen Jahren, viele gleich, nachdem sie ihrer Militärdienstpflicht genügt haben. Bis dahin haben sie nicht nur verhältnismäßig wenige Beiträge geleistet, sondern die Beitragsleistung ist auch vielfach in einer niedrigen Lohnklasse erfolgt. Lehrlinge z. B. leisten häufig die Beiträge in der ersten Lohnklasse und die Militärdienstzeit wird in der zweiten Lohnklasse angerechnet. Würde man sämtliche Kinderrenten nur nach den bis zur Geburt des dritten Kindes geleisteten Beiträgen berechnen, so würden die Kinderrenten in den meisten Fällen dauernd niedrig bleiben und die Versicherten hätten von den später für die Kinderversicherung geleisteten Beiträgen in den höheren Lohnklassen keinen Nutzen. Zwar ist es nicht möglich, die Kinderrenten nach den weiter geleisteten Beiträgen dauernd umzurechnen; wenn aber wegen Geburt eines weiteren Kindes eine neue Kinderrente zu bewilligen ist, muß eine Neuberechnung der Kinderrente erfolgen, und zwar nicht nur bezüglich der Rente für das weitere Kind, vielmehr müssen dann alle Kinderrenten nach den bis dahin geleisteten Beiträgen neu berechnet werden. Der Wille zu weiteren Kindern würde auch beträchtlich gestärkt werden, wenn die Gewißheit besteht, daß durch die infolge Geburt eines Kindes erforderlich werdende Neuberechnung der Kinderrenten auch die bis dahin bereits bewilligten Kinderrenten zu erhöhen sein würden. Auch würde hierin ein starker Anreiz liegen, regelmäßig Beiträge in einer möglichst hohen Lohnklasse zu leisten; bisher wird von der Höherversicherung bekanntlich so gut wie gar kein Gebrauch gemacht. Gewiß ist die Mehrarbeit, die durch diese neue Berechnung der Kinderrenten entsteht, sehr groß. Sie muß im Interesse der Sache aber geleistet werden, so sehr auch im übrigen eine Vereinfachung der Reichsversicherung anzustreben ist.

11. Erlöschen der Anwartschaft. Daß die Vorschriften über das Erlöschen der Anwartschaft auch für die Kinderversicherung gelten müssen, ist nicht zweifelhaft. Bei den Invaliden- und Hinterbliebenenrenten ist mit Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherung abgeschlossen. Nach Eintritt des Versicherungsfalles tritt das Erlöschen der Anwartschaft nicht mehr ein. Bei den Altersrenten liegt die Sache insofern anders, als auch nach Bewilligung der Altersrente die Versicherung weiterläuft. Erlischt nach Bewilligung der Altersrente die Anwartschaft, so geht dadurch der Anspruch auf Invaliden- und Hinterbliebenenrente verloren, der Anspruch auf Weiterzahlung der Altersrente wird aber dadurch nicht berührt. Diese Regelung war sachlich gerechtfertigt, weil die Altersrente, von der Übergangszeit abgesehen, erst

Digitized by Google

nach 1200 Beitragswochen gewährt wird, und es sich um alte Leute handelt, die im Durchschnitt die Altersrente nicht sehr lange beziehen und der Grenze der Invalidität auch meist nahe sind. Bei den Kinderrenten liegt die Sache anders. Die Kinderrenten werden vielfach ganz jungen Versicherten bewilligt werden, die erst wenige Jahre Beiträge geleistet haben. Wollte man hier dieselben Grundsätze anwenden wie bei der Altersrente, so würden Versicherte, die nach Bewilligung der Kinderrenten die Beitragsleistung einstellen, etwa weil sie sich selbständig machen, auf Grund der wenigen Beiträge, die sie geleistet haben, lange Jahre Kinderrenten beziehen. Das erscheint nicht angängig. Düttmann fordert daher mit Recht, daß bei Unterlassung der Beitragsleistung mit dem Verlust der Anwartschaft der Anspruch auf Weiterzahlung der Kinderrenten erlöschen würde.

Ich bin aber weiter der Ansicht, daß die Vorschriften über das Erlöschen der Anwartschaft überhaupt einer durchgreifenden Änderung bedürfen. Jetzt tritt bei der Pflicht- und Weiterversicherung das Erlöschen der Anwartschaft ein, wenn nicht in zwei Jahren mindestens 20 Beiträge der niedrigsten Lohnklasse geleistet werden. Die Anforderungen, die das Gesetz stellt, sind also sehr gering; mit 1,80 ℳ jährlich kann die Versicherung aufrechterhalten werden. Diese Regelung mag ganz zweckmäßig gewesen sein, um die Versicherten an die Weiterversicherung zu gewöhnen. Nachdem aber die Invalidenversicherung jetzt mehr als 25 Jahre besteht und wenn weiter der Wert der Versicherung durch die Kinderrenten ganz außerordentlich gesteigert wird, wird man auch höhere Anforderungen stellen können. Es ist zu bedenken, daß die Höhe der Renten, die nach kurzer Beitragsleistung zu gewähren sind, dem Werte der geleisteten Beiträge in keiner Weise entspricht, sondern im Verhältnis zu diesen Beiträgen viel zu hoch ist. Die Invalidenversicherung würde überhaupt mit den jetzigen Beiträgen nicht auskommen können, wenn alle Personen, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, die Versicherung mit dem Mindestmaß von Beiträgen fortsetzen würden. Jetzt geht die Versicherung der freiwillig Versicherten auf Kosten der Pflichtversicherten, die regelmäßig Woche für Woche ihre Beiträge entrichten. Das ist nicht gerechtfertigt. Ich halte es daher für zulässig, das Erlöschen der Anwartschaft eintreten zu lassen, wenn nicht in zwei Jahren eine Karte voll geklebt oder rund 50 Beiträge entrichtet werden.

Umgekehrt müßten aber die Vorschriften über das Erlöschen der Anwartschaft dahin geändert werden, daß die außerordentlichen Härten, die sich jetzt täglich ergeben, vermieden werden. Die jetzigen Verhältnisse können in keiner Weise befriedigen. Wer 10 Jahre Beiträge in der höchsten Lohnklasse entrichtet hat und dann zwei Jahre die Beitragsleistung unterläßt, erhält keine Rente, wohl aber derjenige, der in diesen 12 Jahren nur das Mindestmaß an Beiträgen geleistet hat. Ich habe den Fall erlebt, daß eine Versicherte, die sich nach langjähriger regelmäßiger Beitragsleistung weiterversichern wollte und die Auskunft erhalten hatte, sie müsse jährlich 10 Marken à 14 ₰ = 1,40 ℳ in die Karte einkleben, nicht 10 Beiträge à 14 ₰ = 1,40 ℳ, sondern 7 Beiträge à 20 ₰ = 1,40 ℳ, also den gleichen Betrag entrichtete, und dadurch ihre Rentenansprüche verlor. Nicht selten sind ferner die Fälle, in denen die Karte zwar 20 Marken enthält, von denen jedoch die eine oder andere für Zeiten vor Ausstellung der Karte gilt, so daß die Anwartschaft erloschen ist. Es muß durchaus vermieden werden, daß durch derartige Versehen die ganze Versicherung verloren geht, besonders wenn diese durch die Kinderversicherung noch weit größeren Wert erhält als jetzt. Ich habe bereits in der Arbeiter-Versorgung 1909 S. 516 den Vorschlag gemacht, das Erlöschen der Anwartschaft nicht eintreten zu lassen, wenn vom Ausstellungstage der Karte bis zum Eintritt des Versicherungsfalles jährlich mindestens x ℳ an Beiträgen geleistet seien. Dieser Weg scheint mir auch jetzt noch

Digitized by Google

der zweckmäßigste zu sein, denn es wird so verhütet, daß Personen, die im Durchschnitt Beiträge von bestimmter Höhe geleistet haben, ihre Anwartschaften durch Formfehler verlieren. Nur würde ich jetzt vorschlagen, daß diese neue Bestimmung erst mit dem Inkrafttreten der Kinderversicherung Bedeutung erhält. Die Vorschriften über das Erlöschen der Anwartschaft könnten dann etwa lauten:

Die Anwartschaft erlischt, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage weniger als fünfzig Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung entrichtet worden sind. Das Erlöschen der Anwartschaft tritt nach Inkrafttreten der Kinderversicherung nicht ein, wenn nach diesem Zeitpunkt jährlich im Durchschnitt Beiträge im Werte von 25 Beitragsmarken der III. Lohnklasse entrichtet sind.

12. Vermeidung von Härten. Durch das Hinzutreten der Kinderversicherung müßten die Beiträge zur Invalidenversicherung erheblich erhöht, vielleicht verdoppelt werden. Es würde also eine starke Mehrbelastung der Versicherten eintreten, zumal wenn die Beiträge gedrittelt würden. Daraus könnten sich sehr große Härten ergeben, insbesondere wenn ältere Personen neu in die Versicherung eintreten (z. B. ältere Frauen nach dem Tode ihrer Männer), die einerseits Anspruch auf Kinderrenten nicht mehr erwerben können, andererseits aber wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nur wenig verdienen. Meist müßten diese Personen auch höhere Beiträge leisten, als es ihrem Verdienst entspricht, da die Beiträge nicht nach dem wirklichen Verdienst, sondern nach Durchschnittssätzen, z. B. dem Ortslohn berechnet werden. Daß für derartige Personen besondere Beiträge festgesetzt werden, etwa unter Weglassung der Erhöhung für die Kinderrenten, ist nicht angängig. Es würden dadurch unabsehbare Verwicklungen eintreten, die im Interesse der leichteren Durchführung der Versicherung unbedingt vermieden werden müssen. Dagegen könnte bestimmt werden, daß Personen, die erst im späteren Lebensalter (50, 55, 60 Jahre) neu in die Versicherung eintreten und bereits erheblich in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sind, auf Antrag gestattet werden kann, die Beiträge in einer niedrigeren als der vorgeschriebenen Lohnklasse zu entrichten.

Der Krieg in Verwaltung und Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung

Vom Städtischen Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger in München.

(Schluß.)

b) §§ 8 und 9 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 und § 8 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915.

Die Leistungen der erweiterten Kassenwochenhilfe, wie sie § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 den Krankenkassen zu eigenen Lasten auferlegt, sind in der Person der versicherten Wöchnerin begründet und können daher nach einem Bescheid des Reichsamts des Innern vom 8. Mai 1916 („Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 398) deutschen, von einem Kriegsgefangenen geschwängerten Wöchnerinnen nicht verweigert werden. Die weitere, verschiedentlich (ArbVers. 1916 S. 672 Ziff. 4) bejahte Frage, ob auch gegen Krankheit versicherte feindliche Ausländerinnen einen Anspruch auf Wochenhilfe besitzen, läßt ein Bescheid des Reichsamts des Innern vom 16. Mai 1916 („Betriebskrankenkasse" 1916 S. 117) offen.

Dagegen hat das Reichsversicherungsamt

Digitized by Google

in einer viel angefochtenen und vom Standpunkt des Zweckes der Wochenhilfe auch sehr anfechtbaren Entscheidung vom 14. August 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 632; ArbVers. 1916 S. 732; 1917 S. 66) sich dahin ausgesprochen, daß auf Grund des § 214 RVO. nur das Wochengeld, nicht aber die übrigen erweiterten Leistungen der Wochenhilfe zu gewähren seien. Das Reichsversicherungsamt hat damit die entgegengesetzte Entscheidung des Oberversicherungsamts Posen vom 7. April 1916 („Krankenversicherung" 1916 S. 78) als unrichtig bezeichnet (vgl. auch ArbVers. 1916 S. 671 Ziff. 1). Der Versuch des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, beim Reichsamt des Innern den Erlaß einer die Wirkungen dieser Entscheidung aufhebenden Bekanntmachung zu erreichen, wurde mit Schreiben des Reichsamts des Innern vom 27. Dezember 1916 („Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 63) ablehnend beschieden.

Ist eine Wöchnerin nach § 420 RVO. versichert, so entfällt für sie der Anspruch auf Wochengeld (ArbVers. 1916 S. 672 Ziff. 5a). Dagegen hat eine nach § 418 RVO. befreite Wöchnerin, da sie im Sinne von § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 den nach der RVO. Versicherten gleichsteht, Anspruch auf das Wochengeld und zwar, wenn auch ihr Ehemann von der Versicherung befreit ist, an die zuständige Kasse, der jedoch der Arbeitgeber das satzungsmäßige Wochengeld zu erstatten hat (ArbVers. 1916 S. 572 Ziff. 5 b).

Keinen Anspruch auf Wochenhilfe gemäß § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 besitzen ferner nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Juni 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 631; ArbVers. 1916 S. 731) diejenigen Wöchnerinnen, die nach der Reichsversicherungsordnung weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt, also lediglich auf Grund freiwilliger Versicherung Mitglieder von Ersatzkassen sind.

Der Erstattungsanspruch auf Grund § 197 RVO. mit § 9 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 ist entsprechend einer Entscheidung des Versicherungsamts Stadt Berlin vom 9. Juni 1916 (ArbVers. 1916 S. 807) nicht getrennt nach den einzelnen zur Erstattung in Frage kommenden Leistungen, sondern nur unter Zugrundelegen der gesamten für die Berechnung der einzelnen Anteile in Frage kommenden Summen zu berechnen (vgl. auch ArbVers. 1916 S. 479 Ziff. 8). Der Erstattungsanspruch wird entsprechend der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 2. November 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 352) hinfällig, wenn er sich gegen eine am 31. Dezember 1914 geschlossene Kasse richten würde, der die nach dem 1. Januar 1914 entbundene Wöchnerin früher angehörte.

c) Die Bekanntmachung vom 23. April 1915.

Die Leistungen nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 setzen die Minderbemitteltheit der Wöchnerinnen voraus. Während diese bei unehelichen Wöchnerinnen lediglich beim Bezug der Reichsfamilienunterstützung gegeben ist (ArbVers. 1916 S. 768 Ziff. 7), kommt bei verheirateten Wöchnerinnen auch das Einkommen in Frage. Die Zweifel, die sich bei Anwendung der Einkommensverhältnisse im Vollzug des § 2 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 ergeben haben, sucht ein Erlaß des preuß. Ministers des Innern vom 30. Oktober 1916 (ArbVers. 1916 S. 853) zu klären.

Dem Lieferungsverband steht kein Genehmigungsrecht bezüglich derjenigen Kassenleistungen zu, welche er der Kasse gemäß § 14 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 erstatten muß (ArbVers. 1916 S. 527 Ziff. 6). Demgemäß hätte die Kasse sofort das volle Wochengeld bis zu 1 *M* zu zahlen und dürfte damit nicht warten, bis sich der Lieferungsverband bereit erklärt hat, ihr den das satzungsmäßige Wochengeld übersteigenden Betrag zu ersetzen, was mir mit Rücksicht darauf, daß bei Nichteintreten des Lieferungsverbandes die Kasse nur zur Ge-

Digitized by Google

währung des satzungsmäßigen Wochengeldes verpflichtet ist (ArbVers. 1916 S. 744 Ziff. 14), etwas zweifelhaft erscheint.

Der Bezug der Reichsfamilienunterstützung durch uneheliche Kinder hängt bekanntlich davon ab, daß die Verpflichtung der Eingerückten zum Unterhalte festgestellt ist. Diese Feststellung erfolgt am sichersten durch freiwilliges oder gerichtliches Anerkenntnis. Sehr oft wird jedoch die Kindsmutter infolge des Todes, der Gefangennahme, des Vermißtseins des Kindsvaters oder, weil sonst die Vaterschaft nicht festgestellt werden konnte, nicht in der Lage sein, den entsprechenden Nachweis zu erbringen. Hier ersetzt die eidesstattliche Versicherung der Kindsmutter, daß sie in der einrechnungsfähigen Zeit nur mit dem von ihr benannten Kriegsteilnehmer geschlechtlich verkehrt habe, die Feststellung der Unterhaltsverpflichtung des Eingerückten („Blätter für Armenpflege und soziale Versicherung" 1916 S. 74, 86). Denn sie stellt selbst die Tatsache fest, auf welcher der Unterhaltsanspruch beruht. Wenn sie auch einen minderwertigen Behelf bildet, so liegt seine Zulassung doch in der Absicht des Gesetzgebers, der rasche und wohlwollende Erledigung aller Gesuche um Wochenhilfe wünscht.

F. Unfallversicherung.

I. Literatur.

a) **Monatsblätter für Arbeiterversicherung:** „Recht und Rechtsübung auf dem Gebiete der Unfallversicherung mit Bezug auf den Krieg" 1916 S. 101.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** von Olshausen: „Kriegselterngeld und Unfallrente" 1916 S. 577; von Schelhorn: „Unfälle bei Vorspannleistungen für die Heeresverwaltung" 1916 S. 454; Würmeling: „Leistung deutscher Unfallrenten nach Russisch-Polen" 1916 S. 448.

c) **Die Berufsgenossenschaft:** Amann: „Was lehrt uns die Kriegsinvalidenfürsorge für die Arbeiterinvalidenfürsorge"? 1916 S. 157; Martell: „Industrie-Lazarett-Werkstätten" 1916 S. 201; Martius: „Haftpflicht bei unrichtiger Beglaubigung von Rentenquittungen" 1916 S. 229; Schwanhäuser: „Können Ausländer während des Krieges vermögensrechtliche Ansprüche geltend machen?" 1916 S. 194.

d) **Mainzer Zeitschrift.** Ungenannt: „Die Einflüsse des Krieges auf die aus der gewerblichen Unfallversicherung sich ergebenden katasterrechtlichen Beziehungen" 1916 S. 152.

e) **Die Kriegsbeschädigtenfürsorge:** Lohmar: „Die Berufsgenossenschaften in der Kriegsbeschädigtenfürsorge" 1916 S 100.

f) **Zeitschrift für ärztliche Fortbildung:** „Die Militärrente der Kriegsbeschädigten" 1916 S. 153.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Die Streitfragen auf dem Gebiete der Unfallversicherung bewegten sich überwiegend in der Richtung der Versicherungspflicht. Die andauernd herrschende Unklarheit über das Versicherungsverhältnis der in gewerblichen Betrieben beschäftigten Militärpersonen sucht ein Rundschreiben des Verbands der deutschen Berufsgenossenschaften vom 8. September 1916 („Berufsgenossenschaft" 1916 S. 179) im Anschluß an einen Erlaß des preußischen Kiegsministeriums vom 17. Mai 1916 zu klären. Von den feindlichen Ausländern unterliegen die während des Krieges in Deutschland zurückgehaltenen wie auf den anderen Gebieten der Reichsversicherung, so auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung nicht der Versicherung (Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 5. Oktober 1916 in ArbVers. 1916 S. 776). Dasselbe gilt, wie ein Bescheid des preuß. Kriegsministeriums vom 12. November 1915 („Archiv für Reichsversicherung" 1916 S. 70) ausführt, für Kriegsgefangene. Dagegen sind nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 497; ArbVers. 1916 S. 442) die während des Krieges freiwillig zur Arbeit nach Deutschland gekommenen russisch-polnischen Arbeiter gegen Betriebsunfälle versichert. Anderseits erachtet das Reichsversicherungsamt nach einer Entscheidung vom 26. August 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 610; ArbVers. 1916 S. 757) die Arbeiten deutscher Unternehmer in Russisch-Polen für in der Regel nicht versicherungspflichtig,

Digitized by Google

wenn ausschließlich oder überwiegend Ausländer beschäftigt werden, da hier nicht mehr von einem unselbständigen Betrieb im Sinne der Ausstrahlungstheorie gesprochen werden könne; wenn jedoch eine Berufsgenossenschaft im Einverständnis mit dem Unternehmer diese Arbeiter als versichert angesehen hat, so liegt ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis vor, das solange besteht, bis die Berufsgenossenschaft oder der Unternehmer durch eine ausdrückliche Erklärung dem anderen Teil gegenüber der ferneren Versicherung widerspricht.

Die Eigenschaft eines *feindlichen Ausländers* nimmt nicht das *Anrecht auf Rente*. Das Reichsversicherungsamt hat daher mit Entscheidung vom 15. Dezember 1915 (ArbVers. 1916 S. 156) die weitere Auszahlung einer von einer Berufsgenossenschaft lediglich aus dem Grunde, weil der Rentenempfänger Ausländer war, eingestellten Rente veranlaßt und das Bayer. Landesversicherungsamt hat mit Entscheidung vom 17. Juli 1916 („Mitteilungen des Bayer. Landesversicherungsamts" 1916 S. 249) eine Berufsgenossenschaft verurteilt, für vor Kriegsbeginn eingetretene Unfälle feindlicher Ausländer die Entschädigung zu gewähren.

Über die *Vertretung italienischer Angehöriger* vor den Spruchbehörden der deutschen Sozialversicherung in der Zeit nach Abbruch der diplomatischen Beziehungen, aber vor Kriegsausbruch hat das K. Oberversicherungsamt Trier am 19. Juni 1916 dahin entschieden, daß der frühere Leiter des K. Italienischen Auswandererbureaus in Berlin, der zum Zwecke der Vermittlung des Verkehrs zwischen den in Italien lebenden, Rentenansprüche verfechtenden italienischen Staatsangehörigen und der Schweizerischen Gesandtschaft in Berlin in der genannten Zeit der K. Italienischen Gesandtschaft in Bern zugeteilt war, vor den deutschen Gerichten zwar nicht auftreten könne, wohl aber berechtigt sei, Rechtsmittel einzulegen; das Oberversicherungsamt Arnsberg dagegen hat ihm mit Bescheid vom 26. Juni 1916 auch dieses Recht abgesprochen („Berufsgenossenschaft" 1916 S. 150).

Die durch *Fliegerangriff* hervorgerufene, außerhalb der eigentlichen Betriebsstätte eingetretenen Unfälle, hat sowohl das Reichsversicherungsamt (Entscheidung vom 1. April 1916 in ArbVers. 1916 S. 474) als auch das Bayer. Landesversicherungsamt (Entscheidung vom 15. Juni 1916 in „Mitteilungen des Bayer. LVA." 1916 S. 237) als Betriebsunfälle anerkannt, da besondere in der Eigenschaft des Betriebes begründete Umstände wesentlich zur Herbeiführung der Gefahr eines Fliegerangriffs beigetragen hatten und der Verunglückte sich notwendigerweise in den über die räumlichen Grenzen der eigentlichen Betriesstätte hinausgehenden Gefahrenbereich hatte begeben müssen, um seine Arbeit auf der Betriebsstätte rechtzeitig beginnen zu können. Ebenso hat das Reichsversicherungsamt mit Entscheidung vom 17. Juni 1916 („Berufsgenossenschaft" 1916 S. 189) einem nicht zum Kreise der Militärpersonen gehörenden Monteur, der auf einem auf Vorposten liegenden Kriegsschiff im Auftrag seiner Firma tätig war und hierbei zur Teilnahme an einem Gefecht gezwungen war, für die erlittenen Verwundungen eine Unfallrente zugesprochen.

Von den friedlicheren Betätigungen zugunsten der Militärbehörde unterliegen nach einer Entscheidung des Bayer. Landesversicherungsamtes vom 27. März 1916 („Mitteilungen des Bayer. LVA." 1916 S. 82) *Fuhrleistungen auf Grund des Kriegsleistungsgesetzes*, die nach Lage der Sache nicht dem Betriebe der Heeresverwaltung zugerechnet werden können, wenn die Voraussetzungen der §§ 631 Abs. 3 oder 921 RVO. vorliegen, der Unfallversicherung. Ebenso hat das Sächsische Landesversicherungsamt in einer Entscheidung vom 4. März 1916 („Archiv für Reichsversicherung" 1916 S. 172), den Unfall, den ein landwirtschaftlicher Betriebsunternehmer beim *Vorführen eines Pferdes vor der Militäraushebungskommission* erlitt, gemäß § 921 RVO. als

Digitized by Google

entschädigungspflichtig erachtet. Dagegen hat das Reichsversicherungsamt den in einem von der Militärbehörde gestellten Sonderzug bewirkten Transport von in Berlin seitens der Militärbehörde zu Schanzarbeiten angenommenen Arbeitern mit Entscheidung vom 19. Februar 1916 („Breithaupt" 5. Jahrgang S. 128) nicht dem Betriebe zugerechnet und einen hierbei eingetretenen Unfall nicht entschädigt.

Den Beamten der Berufsgenossenschaften spricht eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 21. Februar 1916 („Breithaupt" 5. Jahrg. S. 140), wenn sie unkündbar angestellt sind, im Falle ihrer Einziehung zum Heeresdienst einen Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts zu.

G. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

I. Literatur.

a) **Arbeiterversorgung:** Brunn: „Zur beitragsfreien Anrechnung der Kriegsdienstzeit in der Invalidenversicherung" 1916 S. 713; Seelmann: „Die Neuregelung der Antragsrechte in der Invalidenversicherung durch die Bekanntmachung vom 12. Mai 1916 (RGBl. S. 371)" 1916 S. 385; Wagner: „Witwengeld für die Witwen verschollener Kriegsteilnehmer" 1916 S. 316; Wörlein: „Die beitragsfreie Anrechnung der Kriegsdienstleistung in der Invalidenversicherung" 1916 S. 834.

b) **Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung:** Brunn: „Eine neue Bundesratsverordnung zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1916 Sp. 419; Helms und Mugdan: „Können Kriegsbeschädigte auf Grund der Militärrente von der Invaliden- und Angestelltenversicherung befreit werden?" 1916 Sp. 536, 720; Schricker: „Krankenrente für Kriegsteilnehmer" 1916 Sp. 592.

c) **Zentralblatt der Reichsversicherung:** „Haberland: „Die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung während des gegenwärtigen Krieges" 1916 Sp. 450; Müller: „Kriegsverschollenheit und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1916 Sp. 466; Schricker: „Die Verordnung vom 12. Mai 1916 über Antragsrechte in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1916 Sp. 674.

d) **Mainzer Zeitschrift:** Haberland: „Die Bekanntmachung über Antragsrechte in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" 1916 S. 139.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Wie auf dem Gebiete der Unfallversicherung, stand auch in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Frage der Versicherungspflicht der von der Militärbehörde beschäftigten Personen und der feindlichen Ausländer, sowie die Frage der Leistungen an Militärpersonen im Vordergrunde der ergangenen Erlasse und Entscheidungen. Mit Erlaß vom 21. September 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 763; ArbVers. 1916 S. 837) hat das preuß. Kriegsministerium die Versicherungspflicht derjenigen Personen ausgesprochen, die während des Krieges von der Heeresverwaltung auf Widerruf in Beamtenstellen verwendet werden und für sich und ihre Angehörigen den Anspruch auf Versorgung nur aus § 35 des Offizierpensionsgesetzes vom 31. Mai 1906 und § 19 des Militärhinterbliebenengesetzes herleiten können. Der Invalidenversicherung unterliegen auch die im Dienste der freiwilligen Krankenpflege tätigen, gegen Entgelt beschäftigten Schwestern (Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 12. Februar 1916 in Amtl. Nachr. 1916 S. 440; Arb. Vers. 1916 S. 417; vgl. auch ArbVers. 1916 S. 597 Ziff. 11), wogegen die bei einer Artilleriewerkstatt tätigen Meistergehilfen, Revisorgehilfen und Betriebsmeisteranwärter als Angestellte in höherer Stellung bei einem Jahresarbeitsverdienst von über 2000 ℳ nicht versicherungspflichtig sind (Entscheidung des RVA. vom 22. September 1916 in Amtl. Nachr. 1916 S. 758). Bei den Armierungsarbeitern sind hinsichtlich der Versicherungspflicht zwei Gruppen zu unterscheiden: Die durch Privatdienstvertrag angestellten Armierungsarbeiter sind nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 12. Februar 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 438; Arb. Vers. 1916 S. 444) versicherungspflichtig; handelt es sich aber um

Digitized by Google

Arbeiter, die auf Grund des Kriegsleistungsgesetzes vom 13. Juni 1873 von den Gemeinden der Militärverwaltung zur Verfügung gestellt sind, so erachtet sie eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. Juni 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 598) als versicherungsfrei.

Besondere Schwierigkeiten brachte in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vor allem die Frage der Versicherung der russisch-polnischen Arbeiter. Russisch-polnische vom Fiskus mit Moorkulturarbeiten — nicht landwirtschaftlicher Art — beschäftigte Arbeiter erachtet das Reichsversicherungsamt nach einer Entscheidung vom 11. August 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 757) auf jeden Fall bis Kriegsausbruch als versicherungspflichtig. Waren solche russisch-polnische Arbeiter bei Kriegsausbruch in Deutschland anwesend und in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt und nach § 1233 RVO. von der Versicherung befreit, so haben ihre Arbeitgeber von dem Tage an, von dem ab diese Arbeitnehmer durch die einzelnen Erlasse der stellv. Generalkommandos auf unbestimmte Zeit in Deutschland zurückgehalten werden, ihre Arbeitgeberanteile (Polenbeiträge) nicht mehr zu zahlen. Denn all diese zurückgehaltenen polnischen Arbeiter sind, wie wiederholte Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vom 19. Februar 1916 und 17. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 443, 599; ArbVers. 1916 S. 511) sowie des Versicherungsamts Schwerin vom 31. August 1916 und des Oberversicherungsamts Schwerin vom 28. Oktober 1916 (ArbVers. 1916 S. 808) ausführen, unfrei und daher nicht versicherungspflichtig. Eine Ausnahme gilt nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 8. Juli 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 587) nur für die während des Krieges freiwillig nach Deutschland gekommenen Arbeiter russisch-polnischer Nationalität (s. o.).

Außerordentlich wichtig war die Frage, ob Kriegsteilnehmer während ihrer Lazarettbehandlung als invalide zu gelten haben, auch wenn sie der Art ihrer Verletzung nach nicht erwerbsfähig i. S. des § 1255 Abs. 3 RVO. sind. Das Oberversicherungsamt Darmstadt hatte dies in einer viel angefochtenen Entscheidung vom 13. Januar 1916 (ArbVers. S. 301) bejaht. Das Reichsversicherungsamt hat jedoch unterm 23. Oktober 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 743; ArbVers. 1916 S. 832), diese generelle Bejahung der Frage verneint und ausgeführt, daß jedesmal die Frage nach der Invalidität des im Lazarett befindlichen Kriegsteilnehmers vom Standpunkt der Reichsversicherung aus in dem Sinn zu prüfen sei, ob der Versicherte, wenn die Versicherungsanstalt an Stelle der Militärbehörde das Heilverfahren durchgeführt hätte, nach Ablauf der ersten 26 Wochen seit Beginn der Behandlungsbedürftigkeit zur Wiederherstellung oder Festigung seiner Erwerbsfähigkeit noch einer Anstaltspflege bedurft hätte oder — bei Verneinung dieser Frage — ob nach diesem Zeitpunkt ärztliche Maßnahmen noch in einem solchen zeitlichen Umfang erforderlich gewesen wären, daß der Versicherte die Ausübung des Erwerbes in einem die Erreichung der Verdienstgrenze ermöglichenden Umfang hätte unterlassen müssen. Schon vorher hatte das Reichsversicherungsamt am 13. September 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 745) ausgesprochen, daß die Durchführung des Heilverfahrens durch die Militärbehörde, sofern nur in dem eben erwähnten Sinne der Kriegsteilnhmer als invalide anzusehen sei, die Versicherungsanstalt nicht berechtigte, unter Bezugnahme auf § 1271 Satz 4 RVO. die Gewährung der Invalidenrente zu verweigern.

Hinsichtlich der Rechtzeitigkeit der Stellung eines Antrags auf Witwengeld hat das Oberversicherungsamt Lüneburg in einem nunmehr allerdings durch die Bundesratsbekanntmachung vom 12. Mai 1916 betr. Antragsrechte in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (RGBl. S. 371; ArbVers. 1916 S. 375) in seiner Wirkung hinfällig gewordenen Urteil vom 28. März 1916 (Zentralblatt der Reichsversicherung 1916 Sp. 344) dahin erkannt, daß

Digitized by Google

nicht der Todestag des Ehemannes, sondern der Tag die einjährige Frist des § 1300 RVO. in Lauf setzt, an dem der Tod feststeht, also u. U. der Tag der Eintragung des Todes in das Sterberegister.

Die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht wegen des Bezugs einer Militärrente hat das Städt. Versicherungsamt Kiel mit Entscheidung vom 15. September 1916 (ArbVers. 1916 S. 710) verneint.

Die zur Beurteilung der Invalidität von Kriegsteilnehmern zumeist unerläßliche Einsicht in Krankenblätter usw. der Lazarette regelt ein Erlaß des preuß. Kriegsministeriums vom 21. November 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 763). Mit den Fragen der Todeserklärung Kriegsverschollener beschäftigt sich ein Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 18. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 509; ArbVers. 1916 S. 582).

Zum Vollzug der Bundesratsbekanntmachung vom 23. Dezember 1915 über die Anrechnung der Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (RGBl. S. 845; ArbVers. 1916 S. 39) hat das Sächsische Landesversicherungsamt mit Entscheidung vom 13. Mai 1916 („Mainzer Zeitschrift" 26. Jahrg. S. 151) ausgesprochen, daß die nach § 3 zulässige freiwillige Nachverwendung von Versicherungsbeiträgen nur bei Lebzeiten des Kriegteilnehmers möglich sei. Im übrigen ist, um die Anrechnung der Kriegsdienste als Zeiten freiwilliger Versicherung gemäß § 1 der Verordnung bei bereits erloschener Anwartschaft zu erreichen, erforderlich, daß erst neuerdings die Wartezeit erfüllt wird, also u. U. während der Kriegsdienstzeit für 200 Wochen Invalidenmarken geklebt werden (ArbVers. 1916 S. 574 Ziff. 1).

H. Die Angestelltenversicherung.

I. Literatur.

Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung: Helms: „Können Kriegsbeschädigte auf Grund ihrer Militärrente von der Invaliden- und Angestelltenversicherung befreit werden?" 1916 Sp. 536; Laß: „Zwei neue Bundesratsverordnungen zur Angestelltenversicherung" 1916 Sp. 335; —: „Neue Bundesratsverordnungen zur Angestelltenversicherung zugunsten berufsunfähiger Kriegsteilnehmer" 1916 Sp. 392; —: „Die neue Bundesratsverordnung über Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges" 1916 Sp. 641.

II. Verwaltung und Rechtsprechung.

Die anfänglich verfochtene Anschauung, daß auch für Kriegsteilnehmer, deren Angehörigen ein Teil des Gehaltes als Unterstützung weitergezahlt wird, Beiträge zu entrichten seien, hat das Oberschiedsgericht, nachdem durch die Bundesratsbekanntmachung vom 26. August 1915 betr. die Angestelltenversicherung während des Krieges (RGBl. S. 531; ArbVers. 1915 S. 643) die Nichtentrichtung für volle Kalendermonate zweifellos geworden war, mit Entscheidung vom 11. Februar 1916 (ArbVers. 1916 S. 592) auch dann als unrichtig bezeichnet, wenn es sich nicht um volle Kalendermonate handelt. Ist jedoch ein Angestellter, welcher eingezogen war, von der Militärbehörde zur Wiederaufnahme seiner Tätigkeit beurlaubt worden, so gilt er nach einer Entscheidung des Rentenausschusses vom 4. April 1916 (Angestelltenversicherung 1916 S. 200) wieder als versicherungspflichtig nach dem AVG., da auf ihn weder § 10 Ziff. 3 AVG. noch die Bekanntmachung vom 21. August 1915 Anwendung findet.

Teuerungszulagen, die mit Rücksicht auf die Kriegszeit den Angestellten auf unbestimmte Dauer gewährt werden, sind nach einer Entscheidung des Rentenausschusses vom 19. Januar 1916 („Angestelltenversicherung" 1916 S. 177) als Entgelt nach § 2 AVG. anzusehen.

Von sonstigen erwähnenswerten Erlassen kommen nur die Maßnahmen in Betracht, die die Reichsversicherungsanstalt zur Klä-

Digitized by Google

rung verschiedener durch den Krieg und die Kriegsverordnungen geschaffener Verhältnisse ergriffen hat, wie z. B. die Ausgabe von Merkblättern vom 20. Mai 1916 über die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten für die Angestelltenversicherung und über die Rückzahlung der für Kriegsdienstzeiten entrichteten Beiträge („Angestelltenversicherung" 1916 S. 208; „Zentralblatt der Reichsversicherung" 1916 Sp. 508, 509).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Pauschbetrag aus § 80 Abs. 2 RVO. für einen als Berufung anzusehenden, alsbald zurückgezogenen „Einspruch".

Entscheidung des **Sächs. Landesversicherungsamts** vom 30. Januar 1917 (39. IV 62/16).

Durch Bescheid der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen vom 5. Oktober 1916 sind die Waisenrenten ansprüche der Kinder des verstorbenen Hausmanns P. F. anerkannt, die von der Witwe weiter beantragte Gewährung von Witwen- und Waisenspende aber ist abgelehnt worden. Hiergegen hat die Witwe „Einspruch" erhoben, weil sie die Ablehnung der Witwen- und Waisenspende für ungerechtfertigt hält.

Das Oberversicherungsamt Chemnitz hat nach Eingang des Einspruchs durch seine Spruchkammer die Erklärung der verw. F. dem Vorstande der Landesversicherungsanstalt zur Akteneinreichung und Gegenerklärung zugefertigt, und dieser hat darauf geantwortet, daß eine Berufung nicht zulässig sei, da die Spende eine freiwillige Leistung der Landesversicherungsanstalt darstelle; zugleich hat er die Tragung von Kosten im Berufungsverfahren abgelehnt und noch bemerkt, daß weitere Entschließung gefaßt werden würde, wenn das Militärrentenverfahren zum Abschluß gelangt sei. Nunmehr hat der Vorsitzende der Spruchkammer des Oberversicherungsamtes die verw. F. entsprechend verständigen lassen und letztere darauf ihre Berufung zurückgezogen. Das Oberversicherungsamt Chemnitz hat bei Rücksendung der Akten den Vorstand der Landesversicherungsanstalt benachrichtigt, daß es „nach § 80 Abs. 2 RVO. Kosten berechnen werde, da tatsächlich eine Berufung vorgelegen habe."

Hiergegen hat der Vorstand der Landesversicherungsanstalt beim Oberversicherungsamt Beschwerde eingelegt.

In § 80 Abs. 2 RVO. ist vorgeschrieben, daß die Versicherungsträger für jede Spruchsache, an der sie beteiligt sind, einen Pauschbetrag zu entrichten haben. Mit der vom Oberversicherungsamte in Aussicht gestellten Kostenberechnung ist die Berechnung dieses Pauschbetrages gemeint. Verfügungen der Oberversicherungsämter über die Berechnung solcher Pauschbeträge gelten als „Entscheidungen" im Sinne von § 1793 RVO., weil der Begriff der Entscheidung nach der RVO. im weitesten Sinne zu verstehen ist (zu vgl. Grundsätzl. Entsch. des RVA. vom 19. Mai 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 719 und des Sächs. LVA. vom 13. Mai 1916 Sammlung I S. 243). . .

Zweifelhaft konnte nur sein, ob in der Verfügung, die eine Berechnung von Kosten lediglich in Aussicht stellt, eine Entscheidung, die schon mit dem Rechtsmittel anfechtbar ist, wirklich gefunden werden kann. Das Reichsversicherungsamt hat in seiner grundsätzl. Entsch. vom 9. Mai 1914 (Amtl. Nachr. 1914 S. 674 Ziff. 2738) ausgesprochen, daß Einzelforderungen der Versicherungsämter und Ersuchen um unmittelbare Erstattung der Barauslagen des Verfahrens nicht Gegenstand einer Beschwerde sein können. Dieser Grundsatz kann nicht ohne weiteres auf die Erstattung von Kosten der Oberversicherungsämter entsprechend angewendet werden. Denn für jene Barauslagen der Versicherungsämter (§ 59 Abs. 2 RVO.) schreibt die Kaiserl. Verordng. über Geschäftsg. u. Verf. der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 in § 97 ausdrücklich vor, daß sie am Schlusse eines jeden Geschäftsjahres zusammenzustellen sind, und daß diese Zusammenstellung als Festsetzung der zu erstattenden Auslagen gilt, gegen die binnen einem Monat Beschwerde an das Oberversicherungsamt zulässig ist. Eine solche ausdrückliche, einschränkende Beschwerdevorschrift ist für die an die Oberversicherungsämter zu entrichtenden Pauschbeträge des § 80 RVO. nicht erlassen worden. Allerdings ist in der Verordnung des Königlich Sächsischen Ministeriums des Innern vom 22. November 1912, Bestimmungen über die Erstattung von Kosten der Oberversicherungsämter betreffend, in Punkt IV (vgl. Dresdner Journal 1912 Nr. 273) ähnlich wie in § 97 der Kaiserl. Verordg. gesagt, daß die Pauschbeträge von allen ersatzpflichtigen Versicherungsträgern nach Ablauf eines jeden Kalendervierteljahres einzuheben sind, aber eine entsprechende weitere Vorschrift wie dort wegen der Zulässigkeit der Beschwerde ist darin nicht auch enthalten. Das Lan-

Digitized by Google

desversicherungsamt läßt es dahingestellt, ob hieran zu folgern ist, daß eine Beschwerde im allgemeinen auch in den Fällen des § 80 RVO. nur gegen die vierteljährliche Einhebung der Pauschbeträge zulässig ist. Jedenfalls trägt es bei der Gepflogenheit weitestgehender Auslegung des Begriffes der mit Beschwerde anfechtbaren „Entscheidung" im vorliegenden Falle deshalb kein Bedenken, auf die Beschwerde sich sachlich einzulassen, weil der Vorstand der Landesversicherungsanstalt dem Oberversicherungsamte gegenüber bereits vornherein seine Kostenpflicht bestritten und deshalb das Oberversicherungsamt zur Festlegung seines gegenteiligen Standpunktes veranlaßt hatte. Ein anhängiger Streitfall über die Kostenfrage liegt also unter diesen besonderen Umständen in der Tat bereits vor, und es würde mit der Aufschiebung der notwendigen Entscheidung weiter nichts als eine überflüssige Verzögerung erreicht werden.

Ist hiernach die Beschwerde zulässig, so war sie doch nicht begründet. Es ist anerkannten Rechtes, daß eine unrichtige Bezeichnung die Wirkung des Rechtsmittels nicht beeinflußt. Wenn die verw. F. ihre Anfechtung mit „Einspruch" bezeichnete, so war doch dieser Einspruch ordnungsgemäß als „Berufung" aufzufassen und zu behandeln; denn damit gab die F. zu erkennen, daß sie mit dem ihr zugegangenen Bescheide der Landesversicherungsanstalt nicht zufrieden war. Dadurch war für das Oberversicherungsamt eine Spruchsache anhängig geworden und die Voraussetzung des § 80 Abs. 2 RVO. erfüllt. Die Grundlage der Spruchsache beim Oberversicherungsamte bildet die Berufungseinlegung; mit dem Eingange der Berufung tritt die Spruchsache als solche dort rechtlich in die Erscheinung. Die Art der Erledigung der Berufung ist ebenso wie das Maß der Mühe und der Zeitaufwand ihrer Bearbeitung für das Wesen der Spruchsache als solcher ohne Bedeutung. Deshalb ist der Pauschbetrag unabhängig davon zu bezahlen, in welcher Weise die Berufung erledigt wird, ob durch Entscheidung, Vergleich oder Zurücknahme (zu vgl. auch die Abhandlung über die Kosten des Oberversicherungsamtes in den Monatsbl. für Arbeiterversf. 1915 S. 127 ff.). Ebenso ist der Einwand der Landesversicherungsanstalt unbeachtlich, daß die Erklärung der F., weil sie sich nur gegen die Ablehnung der Spendengewährung richte, gegen die als eine freiwillige Leistung eine Berufung überhaupt nicht zulässig sei, überhaupt keine Grundlage für eine Spruchsache im Sinne von § 80 RVO. bilde. Denn, wenn auch das Oberversicherungsamt schließlich über diesen Anspruch sachlich zu befinden gar nicht in der Lage war, so war doch zunächst die Spruchsache jedenfalls anhängig und die verw. F. einzig und allein dadurch, daß die Landesversicherungsanstalt die Ablehnung des Antrages auf Erlangung der Kriegsspende mit der gleichzeitigen Ablehnung des Anspruchs auf Waisenrente verquickt und zum Gegenstand ein und desselben Bescheides gemacht hatte, zur Berufung gegen diesen Bescheid veranlaßt und das Oberversicherungsamt seinerseits wiederum mit der Bearbeitung dieser Berufung befaßt worden. Nun weist zwar der Vorstand der Landesversicherungsanstalt darauf hin, daß die in dem formellen Rentenablehnungsbescheide erfolgte Aufnahme der Ablehnung der Spende „unter dem Berufungsvermerk" erfolgt sei und deshalb schon aus der Stellung im Bescheide sich ergebe, daß insoweit nur eine einfache „Mitteilung" gemacht sei, „die der Einfachheit halber mit an den Beschluß des Bescheides gestellt sei, für die aber die vorstehende Berufungsklausel keine Geltung habe". Dieser Hinweis vermag aber an der rechtlichen Beurteilung des Falles nichts zu ändern. Denn es kann einer einfachen Hausmannswitwe nicht zugemutet werden, diese beabsichtigte verschiedene Bedeutung des Inhaltes einer zusammenhängenden Bescheidung herauszufinden und auseinander zu halten, und auch dem Oberversicherungsamte kann kein Vorwurf daraus gemacht werden, daß es nicht sofort seine sachliche Unzuständigkeit ausgesprochen hat, ganz abgesehen davon, ob es dazu überhaupt in der Lage war. Die Kostenerstattungspflicht ist überhaupt von der Rechtmäßigkeit des Vorgehens des Oberversicherungsamtes in § 80 RVO. nicht abhängig gemacht. Nach der Sächsischen Ausführungsverordnung zur Reichsversicherungsordnung vom 20. Dezember 1913 (Gesetz- und Verordnungsblatt S. 523) tritt gemäß § 8 unter c auch die Zahlungspflicht ohne weiteres ein, „wenn in einer Spruchsache die erste Verfügung erlassen ist, vorausgesetzt, daß nicht in dieser Verfügung die örtliche oder sachliche Zuständigkeit des Oberversicherungsamtes verneint ist", und so klar, daß von vornherein solche Verneinung hätte erfolgen können, lag der Fall durchaus nicht.

Nach alledem ist es nicht als ungerechtfertigt zu erachten, daß das Oberversicherungsamt Kosten gemäß § 80 Abs. 2 RVO. berechnet. Dem Vorstande der Landesversicherungsanstalt aber ist anheimzugeben, um diese Kosten zu vermeiden, künftig in ähnlichen Fällen den Antragsteller durch besondere Verfügung zu bescheiden, statt solche Bescheidung dem Rentenbescheide, wenn auch nach der Rechtsmittelbelehrung, anzufügen.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe für Frauen von Fahnenflüchtigen usw.

Erlaß des **preuß. Ministers des Innern** vom 13. März 1917

Den Familien der in den Heeresdienst eingetretenen Personen, die sich der Fahnenflucht schuldig machen oder eine mehr als sechsmonatige Gefängnis- oder eine härtere Strafe verbüßen, steht nach § 11 des Gesetzes, betreffend die Unterstützungen von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften, vom 28. Februar 1888/4. August 1914 ein Rechtsanspruch auf Familienunterstützung nicht zu (vgl. auch den Runderlaß vom 30. November 1916, V. 7384, in dem auf die Versorgung solcher Familien im Wege der Kriegswohlfahrtspflege hingewiesen ist). Dagegen ist in Fällen der bezeichneten Art den Ehefrauen (Wöchnerinnen), die Kriegswochenhilfe, sofern im übrigen die Voraussetzungen für ihre Gewährung gegeben sind, nicht vorzuenthalten oder zu kürzen, vorausgesetzt, daß der Ehemann aus dem Militär- und damit aus dem Kriegsdienst nicht ausgeschieden ist.

Versicherungspflicht der zur Arbeitsleistung beurlaubten Lazarettinsassen.

Entscheidung der **Versicherungsamts Karlsruhe** vom 30. Januar 1917.

. . . Die Grundsätze, nach denen eine Beschäftigung der in Baden untergebrachten Lazarettinsassen stattfindet, sind geregelt in den vom Badischen Landesausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge herausgegebenen „Richtlinien" für die Beschäftigung der Lazarettinsassen außerhalb der Lazarette. Bei der von der Beklagten gewünschten grundsätzlichen Entscheidung der Frage der Versicherungspflicht müssen diese Richtlinien als maßgeblich unterstellt werden, wobei allerdings zu bemerken ist, daß bei einer Abweichung von diesen Richtlinien unter Umständen auch eine andere Beurteilung des Einzelfalles eintreten müßte. Im vorliegenden Fall liegt aber kein Anhaltspunkt dafür vor, daß von den Richtlinien abgewichen worden wäre. Hiernach sind die einzelnen Einwendungen der Beklagten (Krankenkasse) an Hand der Richtlinien zu prüfen.

1. Die Lazarettinsassen sollen keine „freien" Arbeiter sein. Es kann nicht geleugnet werden, daß die Lazarettinsassen in verschiedenen Beziehungen in der Freiheit der Selbstbestimmung beschränkt sind; das bringt die Natur des Militärdienstes und die Notwendigkeit der Ordnung in den Lazaretten mit sich. Allein die „Freiheit", die nach anerkannten Grundsätzen als Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Reichsversicherungsordnung gilt, bezieht sich nur auf den Abschluß des Arbeitsvertrags. Derjenige gilt als Arbeiter im Sinne des § 165 RVO., der nach eigener freier Willensentschließung einen Arbeitsvertrag eingeht. Nicht unter diese Bestimmung fällt also, wer zur Arbeit kommandiert wird. Dagegen sehen die Richtlinien ausdrücklich von jedem Zwang zur Arbeit außerhalb des Lazarettes ab; sie stellen dem Insassen selbst anheim, ob er von der Arbeitsmöglichkeit Gebrauch machen will oder nicht. Will der Lazarettinsasse eine Stelle annehmen, so tritt er als freier Arbeiter mit denselben Rechten und Pflichten wie jeder andere dem Arbeitgeber gegenüber; er kann das Beschäftigungsverhältnis auch jederzeit nach den gesetzlichen Vorschriften kündigen. Die Merkmale eines freien Arbeitsvertrags sind somit gegeben und damit fällt der Lazarettinsasse unter den § 165 RVO.

2. Es ist weiterhin richtig, daß der Lazarettinsasse Pflegling des Lazaretts bleibt und daß unter Umständen die Krankenkasse an der Kontrolle gehindert wird, die sie sonst gegenüber einem Mitglied auszuüben in der Lage ist. Allein diese Erschwerung oder gar eine Unmöglichkeit der Kontrolle kann die sonst bestehende Versicherungspflicht nicht aus der Welt schaffen; die von der Kasse für sich in Anspruch genommene „Hoheitsgewalt" der Krankenkasse über den Erkrankten gehört nicht zu den unontastbaren Voraussetzungen ihrer Verpflichtungen. Der Kasse stehen zwar gewisse Kontrollrechte zu; sie finden aber häufig ihre Begrenzung an den tatsächlichen Verhältnissen, ohne daß deshalb das Versicherungsverhältnis selbst davon berührt würde. So kann zwar die Kasse z. B. verlangen, daß ein Kranker an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes sich in einem Krankenhaus Kur und Verpflegung gewähren lasse; aber schon das Gesetz sieht vor, daß der Kranke dies nicht anzunehmen braucht, wenn er einen eigenen Haushalt hat. In Wirklichkeit entsteht aber für die Kasse aus dem Mangel der eigenen Kontrolle kein Nachteil, da die strenge Ordnung in den Lazaretten eine Kontrolle der Krankenkasse entbehrlich erscheinen läßt.

3. Der weitere Einwand der Kasse, die Lazarettinsassen würden in der Regel als erwerbsunfähig und deshalb nicht versicherungspflichtig zu betrachten sein, muß im allgemeinen als zutreffend anerkannt werden. Allein die Richtlinien sehen vor, daß nur arbeitsfähige Soldaten, die täglich nur einer kurzen Behandlung bedürfen, zur Arbeitsleistung beurlaubt werden sollen, so daß also die Befürchtung der Kasse sich nicht verwirklicht, wenn die Richtlinien, was hier unterstellt wird, gewissenhaft befolgt werden. Es kann nicht verkannt werden, daß das Risiko der Kran-

Digitized by Google

kenkassen durch die Beschäftigung von Kriegsbeschädigten eine Steigerung erleidet; dies ist aber eine Folge des Krieges und muß in Kauf genommen werden. Übrigens hat auch schon bisher die Versicherungspflicht der beschränkt erwerbsfähigen Unfallbeschädigten bestanden, ohne daß dadurch die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen beeinträchtigt worden wäre.

4. Was schließlich die Bemängelung der Lohnzahlung betrifft, so ist durch die von den Richtlinien vorgesehene Art der Lohnverrechnung der Begriff des „freien" Arbeitsvertrags nicht verletzt. Denn im Endergebnis kommt doch der gesamte Lohn dem Arbeiter zugute. Nur aus Gründen volkswirtschaftlicher Art und wohl auch mit Rücksicht auf die Disziplin soll der Lohn nicht direkt dem Soldaten ausbezahlt, sondern der Kasse des Lazarettarbeitsnachweises übergeben werden; das Geld gehört aber dem Arbeiter im vollen Umfang und wird ihm auf Verlangen ohne jeden Abzug an eine von ihm bezeichnete Sparkasse überwiesen. Diese geringfügige Beschränkung ändert an der Natur des „freien" Arbeitsvertrags so wenig, wie etwa die Verfügungen einer Anzahl von Generalkommandos bezüglich der Beschränkung von Lohnauszahlungen an Jugendliche Zweifel an deren Versicherungspflicht erweckt haben.

Zusammenfassend muß daher gesagt werden, daß die den Richtlinien entsprechend beschäftigten Lazarettinsassen der Versicherungspflicht unterliegen und im Fall der eintretenden Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben.

C. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Unfallversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten.

Vom 30. März 1917 (RGBl. S. 301).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Diejenigen Angehörigen feindlicher Staaten, welche wegen der ihnen als solchen durch Anordnung deutscher Behörden auferlegten Beschränkungen den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Unfallversicherung nicht unterliegen, werden diesen Vorschriften unterstellt.

§ 2. Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1917 in Kraft.

Anmerkung: Hierzu wird halbamtlich folgende Erläuterung mitgeteilt: Durch Beschluß des Bundesrats vom 29. März 1917 werden solche Angehörige feindlicher Staaten, auf welche sich bisher die Geltung der Unfallversicherung um deswillen nicht erstreckte, weil sie infolge von Anordnungen deutscher Behörden Beschränkungen unterliegen, für unfallversicherungspflichtig erklärt. Solchen Angehörigen feindlicher Staaten, welche, ohne Kriegsgefangene zu sein, auf Grund von Maßnahmen der deutschen Heeresverwaltung zur Beschäftigung nach Deutschland gekommen oder übergeführt sind, und deren Arbeitsverhältnis durch diese einschränkenden Maßnahmen beeinflußt wird, so namentlich sogenannte arbeitsscheue Belgier, waren schon durch die Bekanntmachung vom 25. Januar 1917 (RGBl. S. 79) der Unfallversicherung unterstellt worden; für diese bleibt es lediglich bei den Vorschriften dieser Bekanntmachung vom 25. Januar 1917. Bei dem neuesten Bundesratsbeschluß kommen praktisch insbesondere die seit Beginn des gegenwärtigen Krieges in Deutschland befindlichen, hier zurückgehaltenen Angehörigen feindlicher Staaten in Betracht; der Krankenversicherung waren solche bereits durch eine entsprechende Verordnung vom 2. November 1916 (RGBl. S. 1247) unterstellt worden. Die Einbeziehung dieser Arbeiter aus dem feindlichen Auslande in die Unfallversicherung liegt besonders auch im Interesse der beteiligten Unternehmer, die dadurch von der Einzelhaftpflicht befreit werden, sowie auch im Interesse der Unternehmerschaft im ganzen, die nunmehr aus den Unfällen aller ihrer Arbeiter gleichmäßig belastet wird. Seit Errichtung des Königreichs Polen werden übrigens Polen aus diesem Gebiet, die bereits seit Beginn dieses Krieges sich in Deutschland aufhalten, schon ohne weiteres als der deutschen Arbeiterversicherung unterliegend angesehen. Ebenso unterliegen nach der maßgebenden Stellungnahme des Reichsversicherungsamts feindliche Ausländer, die während des Krieges freiwillig nach Deutschland zur Beschäftigung gekommen sind, schon bisher den Vorschriften der Unfallversicherung.

Der neue Beschluß bezieht sich nicht auf Fälle, in denen die Freiheitsbeschränkung nicht lediglich auf die feindliche Staatsangehörigkeit, sondern auf besondere Gründe zurückgeht — also auf die Fälle der Kriegsgefangenschaft usw.

Zu welcher Berufsgenossenschaft gehören die Betriebe der Konsumvereine?

Entscheidung des **Kgl. Oberversicherungsamts Dresden** vom 2. Februar 1917.

Die berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der Konsumvereine, die in verschiedenen Betriebsabteilungen auch eigene Warenherstellung betreiben, hat schon oft Streitstoff abgegeben. Die Konsumvereine wünschen ihre Betriebe im Interesse der Einfachheit und Klarheit möglichst nur einer Berufsgenossenschaft und zwar der Detailhandels-Berufsgenossenschaft zugewiesen, während andere Berufsgenossenschaften, vor allem die Nahrungsmittelindustrie-Berufsgenossenschaft, Teile der Betriebe für sich beanspruchen. Im nachstehend geschilderten Streitfall ist entschieden worden, daß ein Konsumverein mit untergeordneten Nebenbetrieben der Detailhandels-Berufsgenossenschaft als Ganzes anzugehören hat. — Aus den Gründen:

Digitized by Google

Nach den Feststellungen besitzt der Konsumverein 12 Verkaufsstellen. Außerdem unterhält er noch an verschiedenen Stellen außerhalb Dresdens weitere Verkaufsstellen. In diesen werden nicht nur selbstgefertigte, sondern auch ganz überwiegend von fremden Herstellern bezogene Waren abgesetzt. Die örtliche Lage der bezeichneten Verkaufsstellen innerhalb eines engen wirtschaftlichen und betriebstechnischen Zusammenhangs in bezug auf die Behandlung und Handhabung der Ware unter ihnen rechtfertigt die Annahme, daß diese als ein einheitlicher Detailhandelsbetrieb anzusehen sind. Dieser Detailhandelsbetrieb, der über den Umfang des Kleinbetriebes hinausgeht (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 15. Januar 1912, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 504) und nach dem Bundesratsbeschluß vom 10. Oktober 1912 der Detailhandels-Berufsgenossenschaft anzugehören hat, bildet auch zweifellos den Schwerpunkt des gesamten Unternehmens. Die übrigen Betriebe, wie Bäckerei, Lagerei und Fuhrgeschäft, sind nur von untergeordneter Stellung. Dies ergibt sich zunächst aus der geringen Zahl der in diesen beschäftigten Personen, denn nach den glaubhaften Angaben des Konsumvereins entfallen von den 192 beschäftigten Personen nur 23 auf den Bäckereibetrieb, und auf das Fuhrgeschäft nur 12; auch ist nach dem überreichten Geschäfts- und Rechenschaftsbericht der Umsatz etwa der fünffache von dem Umsatz der in der Bäckerei erzeugten Backwaren (3 212 912 ℳ zu 628 861 ℳ). Ferner entspricht es dem Wesen des Konsumvereins, daß die Backwaren im Gegensatz zu den anderen zum Verkauf kommenden Waren nur einen geringen Teil ausmachen, und daß der Betrieb auch ohne diese zweifellos weiterbestehen würde. Es war aber auch weiterhin noch zu berücksichtigen, daß die Leitung des ganzen Betriebs und die Verrechnung aller im Hauptlager gelagerten Waren und somit auch die der Bäckerei einheitlich in der Hand des Vorstands ruht. Da ferner auch das Fuhrgeschäft nicht nur von der Bäckerei, sondern auch von dem ganzen Betriebe benötigt wird, so waren die von der Nahrungsmittelindustrie-Berufsgenossenschaft in Anspruch genommenen Betriebe von untergeordneter Bedeutung und deshalb gleichfalls der Detailhandels-Berufsgenossenschaft zu überweisen. Hiernach rechtfertigt sich die Zuweisung des gesamten Betriebs des Konsumvereins an die Detailhandels-Berufsgenossenschaft.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht und Gehaltsklasse bei Verschiedenheit der monatlichen Bezüge.

Beschluß des Rentenausschusses Berlin vom 4. März 1916 (B. 1439/13).

Der Opernsänger B. L. war in der Zeit vom 1. Januar 1913 bis 15. April 1913 an dem Stadttheater zu M. gegen einen monatlichen Entgelt von 400 ℳ Gage und etwa 53 ℳ Spielhonorar tätig. Sein gesamter Jahresarbeitsverdienst im Jahre 1913 belief sich, da er durch ein Sommerengagement vom 4. bis 26. Mai in B. noch 250 ℳ und ein Winterengagement in M. vom 28. September ab bis zum 31. Dezember 1913 1162,50 ℳ verdient hat, auf etwa 2957 ℳ. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte verlangt für L. während der Dauer seiner Tätigkeit am Stadttheater in M. Beiträge nach der höchsten Gehaltsklasse J. Die Arbeitgeberin bestreitet zwar nicht die Versicherungspflicht als solche, sondern nur die Zugehörigkeit zu der höchsten Gehaltsklasse, weil L. kein dieser Gehaltsklasse entsprechendes Jahreseinkommen besessen habe.

Daß L., abgesehen von der Art der ausgeübten Beschäftigung, der Versicherungspflicht mit Rücksicht auf sein, die Versicherungsgrenze von 5000 ℳ nicht übersteigendes Jahresarbeitsverdienst unterlag, kann unbedenklich angenommen werden. Feste Anhaltspunkte über die Art der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für die Frage der Versicherungspflicht sind in dem Gesetz über die Angestelltenversicherung nicht enthalten. Nach der grundsätzlichen Stellungnahme des Oberschiedsgerichts ist der Jahresentgelt, sofern er nicht von vornherein feststeht, in dieser Hinsicht durch freie Schätzung zu ermitteln. Sind die monatlichen Bezüge eines Angestellten verschieden hoch, z. B. weil er, wie im vorliegenden Falle, nur saisonweise eine versicherungspflichtige Beschäftigung bei wechselnder Entlohnung ausübt, so kann der Schätzung nicht ohne weiteres in analoger Anwendung der Vorschriften des § 17 des Angestelltenversicherungsgesetzes das zwölffache des derzeitigen Monatsgehalts zugrunde gelegt werden, man wird vielmehr das voraussichtliche Endergebnis des gesamten Jahres in Ansatz bringen müssen. In dem vorliegenden Fall bezog L. einen Monatsverdienst von etwa 450 ℳ, auf Grund dessen er nicht versicherungspflichtig gewesen wäre, wenn es ihm bis Ende des Jahres 1913 ununterbrochen zugestanden hätte. Da aber sein Vertrag mit dem Stadttheater in M. nur bis Mitte April 1913 lief, er damals auch noch kein weiteres Engagement besaß und bei Schauspielern erfahrungsgemäß anzunehmen ist, daß sie in den Sommermonaten entweder keine oder nur eine weit geringer entlohnte Tätigkeit als im Winter ausüben, war zu vermuten, daß sein Jahresarbeitsverdienst nicht die Summe von 5000 ℳ übersteigen werde. Das tatsächliche Gesamtverdienst im Jahre 1913 betrug dann auch weniger als 5000 ℳ. L. war also an

Digitized by Google

sich versicherungspflichtig. Für die Feststellung der Gehaltsklasse, nach der für ihn Beiträge zu entrichten waren, sind die Bestimmungen des § 17 des Angestelltenversicherungsgesetzes maßgebend. Hiernach gilt, soweit das Gehalt in bar, aber nicht jährlich gezahlt wird, das Jahresarbeitsverdienst für die Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen bei monatlicher Zahlung das Zwölffache des gezahlten Betrags. Es wird also nicht der tatsächlich erzielte Jahresarbeitsverdienst zugrunde gelegt, sondern ein fingierter Betrag. Der wirkliche Jahresarbeitsverdienst ist nur maßgebend für die Feststellung, ob der Angestellte mit Rücksicht auf die Höhe seines Entgelts noch der Versicherungspflicht unterliegt. Wechseln die monatlichen Bezüge, so ändert sich auch die Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen, so daß im Laufe eines Jahres für einen Angestellten verschieden hohe Beiträge zu entrichten sein können. Übersteigt der zwölffache Betrag eines Monatsgehalts, obwohl Versicherungspflicht vorliegt, 5000 ℳ, so sind, da das Gesetz für diesen Fall keine besonderen Bestimmungen, insbesondere keine entsprechende Gehaltsklasse vorsieht, sinngemäß Beiträge in der dem Betrage am nächsten kommenden, d. h. der höchsten Gehaltsklasse zu entrichten.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Rückerstattung von Knappschaftsvereinsbeiträgen.

Entscheidung des **Bayerischen Landesversicherungsamts**, Spruchsenat für Unfallversicherung, vom 19. Januar 1917.

Der Knappschaftsverein Bayreuth hat, wie viele andere Knappschaftsvereine auch, folgende Bestimmung in der Satzung (§ 6): Insofern nicht nach § 5 Abs. 2 die Pensionsansprüche gewahrt werden wollen, kann der Vorstand ausscheidenden Mitgliedern, welche eine Invalidenunterstützung nicht beziehen, eine einmalige Vergütung gewähren. Die Höhe dieser Vergütung wird auf 80 v. H. der geleisteten Mitgliederbeiträge gezahlt."

In einigen Fällen verweigerte der Knappschaftsverein die Rückerstattung, und zwar deshalb, weil ein wichtiger Grund zum Austritt nicht bestanden habe und das Mitglied in der Lage sei, die Anerkennungsgebühr zur Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft zu leisten. Auf eingelegte Berufung verurteilte das Knappschafts-Oberversicherungsamt Nürnberg den Verein zur Zahlung. In den Gründen heißt es:

„Der Kläger steht im rüstigen Alter von 44 Jahren, lebt in geordneten Verhältnissen und ist gesund und voll erwerbsfähig, also wohl in der Lage für eine etwaige ungünstige Zukunft und eintretende Invalidität durch Arbeitsverdienst selbst entsprechend Vorsorge zu treffen. Eine mißbräuchliche Verwendung des Abfindungsbetrags ist nicht zu befürchten, vielmehr steht zu erwarten, daß K., der sich eines ungetrübten Leumundes erfreut, denselben in seinem und seiner Familie wirtschaftlichen Interesse verwenden wird. . . ."

Der Verein legte Rekurs beim Bayerischen Landesversicherungsamt in München ein und verwies darauf, daß in den letzten 14 Jahren in 260 Fällen die Abfindung gezahlt sei und daß davon 59 Mitglieder nach kurzer Zeit wieder in das Werk bzw. den Verein eintraten. Es heißt dann wörtlich: „Es steht fest, daß in vielen Fällen die Triebfeder zum Austritt, d. h. zur Unterbrechung der Mitgliedschaft nur die war, eine Summe Geld in die Hand zu bekommen. Es ist auch schon die Erfahrung gemacht worden, daß in manchen Fällen die Abfindungssumme leichtfertig vergeudet wurde und nicht der Familie zugute kam. Viele Abfindungsanträge enthalten ungerechtfertigte Beschuldigungen gegen Arbeitgeber, Werksbeamte oder Aufseher, Klagen über schlechte Behandlung und zu geringe Lohnzahlung. Die Haltlosigkeit solcher Anschuldigungen ist bekannt. . ."

In der Versammlung vor dem Landesversicherungsamt verwies der Vertreter des Bergarbeiters darauf, daß sogar beim vaterländischen Hilfsdienst der Wechsel des Arbeitsplatzes gestattet sei, wenn wichtige Gründe dazu vorliegen. Der Rekurs wurde verworfen. Gründe:

Der Rekurs ist nach Art. 235 b Abs. 2 des Berggesetzes in der Fassung des Ausführungsgesetzes vom 2. November 1912 zur Reichsversicherungsordnung an sich statthaft. Sachlich ist er nicht begründet. Zwar liegt es zunächst in dem Ermessen des Knappschaftsvorstandes, ob er, in Anwendung des dem Abs. 4 des Art. 228 des Berggesetzes entsprechenden § 6 der Satzung, die einmalige Vergütung zu gewähren oder abzulehnen hat. Dem Arbeiter steht aber gegen den Vorstandsbeschluß die Möglichkeit offen, auf die Entscheidung des Oberversicherungsamts anzutragen (Art. 235 b Abs. 1). Dieses kann den Knappschaftsverein anhalten, die einmalige Vergütung zu gewähren, wobei es sowohl nach Rechts- wie nach Ermessensgründen befindet (Entsch. des Verwaltungsgerichtshofs vom 26. April 1909, Ministerialamtsblatt S. 415; Rauch, Berggesetz, Anm. 1 Abs. 4 zu Art. 228). In dieser Weise ist das Oberversicherungsamt vorliegenden Falles verfahren, seine Entscheidung aber gründet sich auf Erwägungen, die durch die Ausführungen des beklagten Vereins nicht entkräftet werden. Das Rekursgericht verkennt keineswegs, daß dem Gesetz, insofern es dem ausscheidenden Mitglied ein unbedingtes Recht, die Abfindung wählen zu dürfen, versagt, sozialpolitische Erwägungen mit zugrunde liegen und daß die Bestimmung des Abs. 4 nur das Wohl des Arbeiters und seiner Familie im Auge hat, wenn sie dem Knappschaftsvorstande die Möglichkeit bietet, die Abfindung in Fällen zu verweigern,

Digitized by Google

wo sicher zu erwarten steht, der auf die Wahrung seiner Pensionsansprüche nicht bedachte Arbeiter werde auch den Abfindungsbetrag verschleudern. Ebensowenig läßt das Rekursgericht außer Betracht, daß das Gesetz in gleicher Weise dem Bestande der Knappschaftskasse durch Hintanhaltung möglicher Gefährdung infolge unbilliger oder unzeitgemäßer Inanspruchnahme der Abfindung Rechnung tragen will. Nach den beiden Richtungen hin hat aber das Oberversicherungsamt eingehend und zutreffend dargelegt, daß ein zureichender Grund zu irgendwelcher Befürchtung nicht besteht. Die angefochtene Entscheidung ist daher aufrechtzuerhalten.

In einem gleichen, am selben Tage entschiedenen Streitfall wies das Landesversicherungsamt zur Begründung seiner Ansicht und Stellung noch darauf hin, daß der Kläger in den Besitz eines Anwesens von ungefähr 60 Tagewerk Grund gelangt ist, das ihm für die Jetzzeit und auch für späterhin eine Quelle der Versorgung bietet. Wenn das Gesetz dem ausscheidenden Mitglied ein unbedingtes Recht, die Abfindung zu wählen, versagt, so könne doch der Verein nicht nach freiem Belieben verfahren.

Sprechsaal.

Vaterländischer Hilfsdienst und Rentenverfahren.

§ 16 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 lautet: „Die Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst sowie der dabei erzielte Lohn dürfen im Rentenverfahren bei der Feststellung, ob Erwerbsfähigkeit oder ob Erwerbsunfähigkeit vorliegt, nicht verwertet werden." Was als Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst anzusehen ist, besagt § 2 des Hilfsdienstgesetzes (HDG.). Danach gelten alle Personen als im vaterländischen Hilfsdienst tätig, die bei Behörden, behördlichen Einrichtungen, in der Kriegsindustrie, in der Land- und Forstwirtschaft, in der Krankenpflege, in kriegswirtschaftlichen Organisationen jeder Art oder in sonstigen Berufen oder Betrieben, die für Zwecke der Kriegführung oder der Volksversorgung unmittelbar oder mittelbar Bedeutung haben, beschäftigt sind, soweit die Zahl dieser Personen das Bedürfnis nicht übersteigt. Der Kreis der unter § 2 HDG. fallenden Berufe ist also außerordentlich weit gezogen, so daß eigentlich nur die in ausgesprochenen Luxusgewerbebetrieben tätigen Personen davon ausgenommen sind. Allerdings ist ihre Zahl durch den die Bedürfnisfrage betreffenden Zusatz erheblich eingeschränkt; jedoch werden sich die Versicherungsbehörden kaum mit deren Prüfung befassen können, da bei ihr die Erfordernisse des Hilfsdienstes eine wesentliche Rolle spielen, deren Beurteilung naturgemäß den dafür eingesetzten Spezialbehörden vorbehalten bleiben muß. Für die Zwecke der Versicherung ist nur der Umstand maßgebend, daß überhaupt eine unter § 2 HDG. fallende Beschäftigung ausgeübt wird. Es genügt, wenn man darunter die Tätigkeiten begreift, die in § 5 der Bekanntmachung, betreffend Bestimmungen zur Ausführung des § 7 des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 1. März 1917 besonders hervorgehoben werden, nämlich: im Reichs-, Staats-, Gemeinde- oder Kirchendienste, in der öffentlichen Arbeiter- oder Angestelltenversicherung, in der Land- oder Forstwirtschaft, in der See- oder Binnenfischerei, in der See- oder Binnenschiffahrt, im Eisenbahnbetrieb, einschließlich des Betriebs der Klein- und Straßenbahnen, auf Werften, in Berg- oder Hüttenbetrieben, in der Pulver-, Sprengstoff-, Munitions- oder Waffenfabrikation und in einzelnen kriegswichtigen Betrieben, die von den Kriegsamtsstellen für ihre Bezirke bezeichnet werden. Die hauptberufliche Bekleidung irgendeines Postens in den genannten Berufen und Betrieben reicht aus, um als Hilfsdienst zu gelten.

In jedem Rentenverfahren — sowohl zur Bewilligung wie zur Entziehung der Rente — ist nach § 16 der Verordnung besonders darauf zu achten, ob der Versicherte Hilfsdienst leistet, und zwar ist es dabei gleichgültig, ob das auf Grund der Dienstpflicht oder freiwillig geschieht. Denn nach § 1 soll die Verordnung auch den Personen zugute kommen, die sich dem Hilfsdienst ohne Verpflichtung dazu widmen, namentlich also Frauen und alten Leuten über 60 Jahre. Bei ihnen allen soll die **Übernahme einer** Beschäftigung der gedachten Art sowie der dabei erzielte Lohn für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit außer Betracht bleiben. Das Wort Übernahme bezeichnet nicht den Zustand der Vollendung, sondern den Beginn, d. h. es ist darunter der Eintritt in die Tätigkeit, nicht ihre Ausübung zu verstehen. Hieraus und aus § 20 der Verordnung, der sie mit Wirkung vom 6. Dezember 1916 in Kraft treten läßt, ist mit Notwendigkeit zu folgern, daß § 16 nur auf die Personen anwendbar ist, die nach dem 5. Dezember 1916 eine Beschäftigung im Hilfsdienst aufnehmen. Sprachliche Gründe zwingen ebenfalls zu dieser Auslegung. Denn seit dem 6. Dezember ist auch erst das Hilfsdienstgesetz selbst in Geltung, so daß man vor diesem Tage überhaupt nicht von der „Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst" reden kann. Es ist zuzugeben, daß diese Auffassung eine auf den ersten Blick unbillig erscheinende Bevorzugung der Personen enthält, die sich erst später einem der jetzt als Hilfsdienst bezeichneten Berufe zugewendet haben. Jedoch läßt sich überhaupt die Vorschrift des § 16 nur aus dem Gesichtspunkte rechtfertigen, daß möglichst viel neue Kräfte dem Hilfsdienst zugeführt werden sollen. Denn vom rein logischen Standpunkte aus wäre es ebensowenig haltbar, daß z. B. ein Munitionsarbeiter mit 110 ℳ Wochenlohn im Rentenverfahren besser gestellt sein soll als ein Möbelpolierer mit 40 ℳ wöchentlichem Verdienst.

Liegen die soeben erörterten Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des § 16 vor, so darf die Hilfsdiensttätigkeit in keiner Weise im Rentenverfahren irgendwie verwertet werden, der Fall ist so zu beurteilen, wie wenn der Versicherte beschäftigungslos wäre. Maßgebend für den Grad der Erwerbsfähigkeit darf also nur der reine medizinische Befund sein, und völlig unzulässig wäre

Digitized by Google

das vielfach angewendete Verfahren, eine Rentenentziehung ohne ärztliche Untersuchung lediglich auf die Tatsache einer hoch entlohnten Beschäftigung hin für begründet zu erklären. Zieht das ärztliche Gutachten aus der Tätigkeit des Rentenbewerbers oder -empfängers und dem Entgelt dafür irgendwelche Schlußfolgerungen, so ist es insoweit für die Feststellung der vorhandenen Erwerbsfähigkeit nicht verwendbar. Die Frage der Gewöhnung wird deshalb im Rentenentziehungsverfahren nicht mehr die große Rolle spielen wie bisher. Liegt ein Fall vor, für den § 16 der Verordnung gilt, so ist zu empfehlen, schon bei Einforderung des Gutachtens den Arzt auf die neue Rechtslage hinzuweisen.

Rechtsanwalt Max Herrmann,
Stellvertretender Vorsitzender des Versicherungsamts der Stadt Berlin.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Bekanntmachung des Reichskanzlers über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges

— die wir im Heft 8 S. 180 veröffentlicht haben — wird folgende amtliche Erläuterung mitgeteilt:

Der erste Abschnitt kommt einem Wunsch der Kassenverbände und Kassenangestellten dahin entgegen, daß die Gewährung von Teuerungszulagen für die letzteren während der Kriegszeit erleichtert wird. Nach dem geltenden Recht sind Beschlüsse über solche Zulagen, da sie eine Änderung des Besoldungsplanes darstellen, an die für solche Änderungen geltenden formalen Voraussetzungen geknüpft. Nötig ist daher, Beschlußfassung sowohl des Kassenvorstandes als auch des Ausschusses, wobei in beiden Organen die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten je getrennt abzustimmen haben, ferner Genehmigung des Oberversicherungsamts. Da wegen der vielen militärischen Einberufungen bei einer großen Zahl von Kassen das Zusammentreten eines beschlußfähigen Ausschusses und damit auch das Zustandekommen gültiger Zulagebewilligungen sehr erschwert ist, wird jetzt zugelassen, daß der Vorstand allein ohne Mitwirkung des Ausschusses darüber beschließen kann. An den übrigen Voraussetzungen, d. h. der getrennten Abstimmung der beiden Gruppen im Vorstande und der Genehmigung des Oberversicherungsamts wird nichts geändert.

Wenn der Entwurf die Gültigkeit solcher Vorstandsbeschlüsse von einigen weiteren Voraussetzungen abhängig macht, so handelt es sich dabei nicht um Erschwerungen des Verfahrens, sondern lediglich um die Festlegung gewisser an sich durchaus billiger Grundsätze zu dem Zwecke, unberechtigte Begünstigungen einzelner Angestellter aus persönlichen oder Parteirücksichten zu verhüten. Demgemäß wird vorgeschrieben, daß die Zulagen entweder allen Angestellten oder allen denjenigen Angestellten gewährt werden müssen, deren derzeitiges Stelleneinkommen eine bestimmte Höchstgrenze nicht überschreitet. Die Gleichmäßigkeit wird ferner dadurch gewährleistet, daß grundsätzlich die Zulage allgemein nach demselben Prozentsatz dieses Einkommens zu berechnen ist. Zugelassen wird jedoch eine Berücksichtigung einmal des Familienstandes und sodann der größeren Bedürftigkeit der niedriger besoldeten Angestellten. Demgemäß können die Zulagen für alle Verheirateten zu einem höheren Prozentsatz als für die Ledigen. und für Familienväter nach der Zahl der Kinder. für die sie zu sorgen haben, ebenfalls höher bemessen werden. Ein Höchstbetrag des Prozentsatzes, über den nicht hinausgegangen werden darf. ist nicht vorgesehen worden. namentlich um die Durchführung der eben erwähnten Abstufungen nicht zu erschweren. Es darf erwartet werden, daß seitens der Kassenvorstände hier im allgemeinen nach oben und unten die richtigen Grenzen eingehalten werden. Als Anhalt werden namentlich die für den gleichen Bezirk den staatlichen Beamten in ähnlicher Stellung gewährten Zulagen dienen können. Ebenso auch unter Umständen die Zulagen für die gemeindlichen Beamten, wenn gleich bei den letzteren nicht überall nach gleichen Grundsätzen verfahren sein dürfte. Im übrigen liegt im Genehmigungsrecht des Oberversicherungsamts ein Mittel gegen einen etwa doch zutage tretenden Mißbrauch. Die Maßregel bezieht sich lediglich auf diejenigen Angestellten der Kassen, welche der Dienstordnung unterstehen. Denn nur für diese gelten auch die einschlägigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Hierher gehören also nach § 351 RVO. nicht diejenigen, welche nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind oder nach § 359 RVO. deren Rechte und Pflichten haben. Für die Verhältnisse dieser Beamten, also auch für die Frage der Besoldung und der Besoldungszulagen, gelten die allgemeinen Bestimmungen für gleichartige Staats- oder Gemeindebeamte desselben Bezirks. Es liegt kein Anlaß vor, in der hier in Rede stehenden Beziehung etwas zu ändern.

Für Angestellte, die nur auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung oder zur Vorbereitung beschäftigt werden, oder die das Amt ohne Entgelt nebenher ausüben, gilt die Dienstordnung § 351 Abs. 2 RVO. nur, soweit sie es ausdrücklich vorsieht. Nur insoweit wird diese Gruppe also auch von der hier besprochenen Maßnahme berührt. Etwaige Änderungen sowie die Aufhebung des Beschlusses über die Gewährung der Zulagen werden sich in der gleichen Weise zu vollziehen haben wie die Beschlußfassung über die Zulagen selbst. Da es sich aber um eine Ausnahmemaßnahme handelt, die nur durch die besonderen Verhältnisse des Krieges gerechtfertigt wird, so ist das Fortbestehen der Zulagen nicht auch noch nach Beendigung des Krieges dem freien Ermessen der Kassenvorstände überlassen geblieben. Vielmehr treten alle diese Beschlüsse drei Monate nach Friedensschluß von selbst und ohne daß es eines weiteren Vorstandsbeschlusses bedarf, außer Kraft. Sollten die Teuerungsverhältnisse in den ersten Zeiten nach dem Kriege die Weitergewährung von Zulagen angezeigt erscheinen lassen, so ist es den Kassenorganen unbenommen, dieserhalb rechtzeitig Beschluß zu fassen. Nur muß dies dann auf dem nach der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen regelmäßigen Weg geschehen.

Der Grundsatz, daß Versicherte wegen ihrer Teilnahme an Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten keinen Schaden in ihren Mitgliederrechten gegenüber den Krankenkassen, insbesondere auch hinsichtlich der

Digitized by Google

Wartezeiten und des Ablaufs anderer für ihre Ansprüche wichtiger Zeitabschnitte erleiden sollen, ist bisher noch nicht ausnahmslos durchgeführt worden. Der zweite Abschnitt dieser Verordnung füllt die hier zutage getretenen Lücken aus. Eine Ergänzung erfährt zunächst § 2 des Gesetzes, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334).

Nach ihm ruht der Fristenlauf für begonnene Wartezeiten bei Krankenkassen während der Dauer der Leistung von Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten. Er trägt aber noch nicht dem weiteren Gedanken Rechnung, der zuerst in der Bekanntmachung vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) zum Ausdruck gekommen ist, daß nämlich nach der Zeit der Dienstleistung den Versicherten noch eine möglicherweise sich daran anschließende kurze Zeit der Erwerbslosigkeit in gleicher Weise zugute gehalten werden müsse. Diesen Mangel beseitigt Abs. 1 des Abschnitts II.

Die Wartezeiten der Reichsversicherungsordnung sind bei einer und derselben Krankenkasse zurückzulegen. Hiernach ist es zum mindesten sehr zweifelhaft, ob die einschlägige Vorschrift im § 2 des angezogenen Gesetzes vom 4. August 1914 auch solchen Versicherten zugute kommen würde, welche nach Beendigung ihrer Kriegsdienstleistung einer anderen Kasse als derjenigen beitreten, deren Mitglieder sie vor dem Diensteintritte waren. Deshalb bestimmt Abs. 2 des vorliegenden Abschnitts II, daß die bei der alten Kasse schon ganz oder teilweise zurückgelegte Wartezeit auf die Wartezeit bei der neuen Krankenkasse anzurechnen ist. Bestimmt also beispielsweise die alte Kasse für ihre Mehrleistungen eine Wartezeit von sechs Monaten, die neue Kasse dagegen für ihre Mehrleistungen nur eine solche von vier Monaten, so würde ein versicherter Kriegsteilnehmer, der bei seiner alten Kasse von der Wartezeit bereits vier Monate zurückgelegt hatte, bei der neuen Kasse eine Wartezeit überhaupt nicht mehr zu erfüllen brauchen.

Nach § 208 Satz 2 RVO. gilt eine Satzungsbestimmung, die eine Wartezeit für Mehrleistungen der Kasse vorsieht, nicht für Mitglieder, die binnen der letzten zwölf Monate bereits für mindestens sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse gehabt haben. Für Kriegsteilnehmer würde es unter Umständen unmöglich sein, diese sechs Monate „binnen der letzten zwölf Monate" nachzuweisen, weil in dieser letzteren Zeit ihr Versicherungsverhältnis gerade infolge ihrer Kriegsteilnahme unterbrochen gewesen ist. Deshalb sieht Abs. 3 des Abschnitts II die Nichtanrechnung der Dienstleistung und der nächsten Zeit der Erwerbslosigkeit auf den erwähnten Zeitabschnitt in gleicher Weise vor, wie es § 2 der Bekanntmachung vom 16. November 1916 für die dem Ausscheiden aus der Versicherung vorangehenden Zeiträume nach § 214 Abs. 1, § 313 Abs. 1 RVO. tut.

Bei weiblichen Personen wird zwar nicht die Leistung von Kriegsdiensten, wohl aber unter Umständen die von Sanitäts- und ähnlichen Diensten in Frage kommen. Es empfiehlt sich daher schon der Vollständigkeit halber, hier auch diejenigen Zeitabschnitte mit zu berücksichtigen, welche nach der Reichsversicherungsordnung lediglich für weibliche Personen in Betracht kommen. So bestimmt § 195 a. a. O., daß der Anspruch auf Wochengeld davon abhänge, daß die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sei. Auch auf dieses letzte Jahr vor der Niederkunft soll die Dauer der Dienstleistung und einer Erwerbslosigkeit bis zu sechs Wochen nicht angerechnet werden. Die gleiche zeitliche Voraussetzung ist für die Ansprüche aus den §§ 198 und 200 RVO. von Bedeutung. Durch die hier für § 195 gegebene Vorschrift werden die bezeichneten Ansprüche mit gedeckt.

Einen Sonderfall bildet die Zeit von mindestens sechs Monaten, die § 199 RVO. fordert, sie muß bei derselben Kasse zurückgelegt werden, obgleich sie nicht unter den Begriff der Wartezeit fällt. Deshalb ist wegen ihrer Wirkung die ausdrückliche Gleichstellung mit einer Wartezeit erforderlich.

Die Vorschrift des III. Abschnitts beseitigt eine Unbilligkeit, die sich bei Handhabung der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) zu ungunsten der unehelichen Kinder von Kapitulanten herausgestellt hat. Das Gesetz, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften vom 28. Februar 1888 (RGBl. S. 59) beschränkte seine Unterstützungen auf die Mannschaften des Beurlaubtenstandes. Diese Beschränkung haben die Bundesratsverordnungen über die Kriegswochenhilfe nicht übernommen, sie beziehen sich vielmehr beim Vorhandensein gewisser hier nicht weiter in Betracht kommender Voraussetzungen unterschiedslos auf Kriegsteilnehmer aller Art. Durch die Bekanntmachung, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften, vom 21. Januar 1916 (RGBl. S. 55) ist hier der Unterschied insoweit beseitigt worden, als danach die Mannschaftsunterstützung auch die Familien derer erhalten, die sich in Erfüllung ihrer gesetzlichen aktiven Dienstpflicht befinden, Kapitulanten dagegen bleiben hier nach wie vor ausgeschlossen. Letzterer Umstand übt eine Rückwirkung auf die Verhältnisse der Kapitulanten auch bezüglich der Kriegswochenhilfe aus, bei der diese sonst den übrigen Kriegsteilnehmern gleich behandelt werden. Nach § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 ist nämlich die Gewährung der Wochenhilfe für uneheliche Kinder von Kriegsteilnehmern an die Bedingung geknüpft, daß diese Kinder auf Grund des § 2 Abs. 1 c des Gesetzes vom 28. Februar 1888 in der Fassung des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. 1888 S. 59, 1914 S. 332) unterstützt werden. Da dies, wie gesagt, bei unehelichen Kindern von Kapitulanten auch jetzt noch nicht der Fall ist, entsteht die Besonderheit, daß für sie die Kriegswochenhilfe nicht gewährt wird, die den unehelichen Kindern von Kapitulanten zukommt. In den Verhältnissen der Kapitulanten selbst liegt kein Grund für diese unterschiedliche Behandlung. Jene Vorschrift des § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 beruht auf Zweckmäßigkeitsgründen allgemeiner Art. Es sollte zur Vermeidung langwieriger Streitigkeiten über die Vaterschaft ein rasches und ohne Schwierigkeiten zu findendes Beweismittel für diese Vaterschaft gesucht werden, und dieses wurde in der Tatsache erblickt, daß schon die Mannschaftsunterstützung für das Kind gezahlt wird.

Es ist aber erklärlich, daß in den betroffenen Kreisen, die den Grund der unterschiedlichen Behandlung nicht kennen, diese nicht verstanden und als eine Unbilligkeit empfunden wird. Die stellvertretenden Generalkommandos haben Härten bisher durch Gewährung von Unterstützungen aus den ihnen überwiesenen Mitteln der Kriegsspendensammlung zu beseitigen versucht. Diese Mittel sind indessen beschränkt und werden nach einer Mitteilung des Königlich Preußischen Kriegsministers voraussichtlich in Kürze

Digitized by Google

überhaupt nicht mehr zur Verfügung gestellt werden können. Abschnitt III des vorliegenden Entwurfs sieht deshalb eine Ausnahme von der erwähnten Beweisregel des § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 vor, indem er unter Verzicht auf die Voraussetzung der Mannschaftsunterstützung in Anlehnung an § 2c des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 332) nur erfordert, daß die Verpflichtung des Kapitulanten als Vaters zur Gewährung des Unterhalts für das Kind festgestellt sei. Diese Feststellung wird hier in der gleichen einfachen und formlosen Weise getroffen werden können, welche die Praxis bei Handhabung des § 2c a. a. O. für ausreichend erachtet hat.

Die Vermutung der Minderbemitteltheit, welche § 2 Abs. 1 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 aufstellt, greift hier nicht Platz, da die Mannschaftsunterstützung hier nicht gezahlt wird. Es muß deshalb ausdrücklich verlangt werden, daß die Mutter des Kindes minderbemittelt ist. Der Beweis für diese Eigenschaft wird nach Abs. 2 Nr. 2 des § 2 a. a. O. geführt werden müssen, da es auf das Einkommen des Vaters vor dem Diensteintritte (Nr. 1 daselbst) nicht ankommt. Die Unbemitteltheit wird also anzuerkennen sein, wenn das Gesamteinkommen der Mutter 1500 ℳ und für jedes schon vorhandene Kind unter 15 Jahren höchstens weitere 250 ℳ beträgt.

Die Verordnung tritt nach ihrem Abschnitt IV mit dem Tage der Verkündung, das ist der 2. März 1917, in Kraft. Rückwirkung ist ihr nicht beigelegt worden. Jedoch wird in sinngemäßer Anwendung des bei den seitherigen Verordnungen über die Kriegswochenhilfe beobachteten Grundsatzes, sofern die Entbindung vor diesem 2. März erfolgt ist, die acht- und zwölfwöchige Leistungszeit für das Wochen- und Stillgeld dann aber noch nicht abgelaufen ist, das Wochen- und Stillgeld für den Rest dieser Leistungszeit nicht zu gewähren sein (zu vgl. § 10 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 257).

Literarisches.

Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts und, als Sonderausgabe, **Jahrbuch des Krankenversicherungsrechts** für das Jahr 1916. Herausgegeben von Hofrat Dr. Hs. Th. Soergel in Verbindung mit Geh. Regierungsrat Dr. Mentzel und Regierungsrat Dr. Schulz. Verlag von W. Kohlhammer, Berlin, Stuttgart, Leipzig, 1917. — Preis für das vollständige Jahrbuch (VIII und 436 Seiten) geb. 5,70 ℳ; für die Sonderausgabe zum Krankenversicherungsrecht (VIII und 171 Seiten) geb. 3 ℳ.

Die früheren Jahrgänge dieses nun schon bestens eingeführten Werks sind hier wiederholt empfehlend angezeigt worden (1913 S. 215, 1914 S. 365, 1915 S. 429). Der neue Band bringt wieder in der Paragraphenfolge der einzelnen Gesetze eine erstaunliche Fülle von Literaturnachweisungen und den wesentlichen Inhalt der Entscheidungen aus dem Jahre 1916 unter Hinweis auf die Stellen, wo man sie vollständig findet. Wieder bewährt sich die Gewandtheit der Verfasser in der knappen und doch klaren Fassung des Kerns der Entscheidungen. Berücksichtigt sind nicht nur die Reichsversicherungsordnung nebst Einführungsgesetz, das Versicherungsgesetz für Angestellte und die Verordnungen über Geschäftsgang und Verfahren, sondern auch die wichtigsten aus Anlaß des Krieges ergangenen Gesetze und Verordnungen, insbesondere auch die über die Wochenhilfe. (Dabei mag erwähnt werden, daß die Bezeichnung „Ersatzkassengesetz" für die, übrigens nur kurz erwähnte, Kriegsverordnung vom 5. Juli 1916, betr. Krankenversicherung bei Ersatzkassen, RGBl. S. 655, ArbVers. S. 497, unzutreffend und mißverständlich ist.) Durch das Inhaltsverzeichnis und das überaus reichhaltige, alle fünf Jahrgänge umfassende Wort- und Sachverzeichnis ist das Zurechtfinden in dem reichen Stoffe bequem ermöglicht. Eine besondere Fülle wichtiger Nachweisungen findet man unter dem Stichwort „Krieg" und dessen Zusammensetzungen. — Die Sonderausgabe für die Krankenversicherung zu dem so erheblich geringeren Preise wird vielen willkommen sein, deren Interesse sich im wesentlichen auf dies Teilgebiet beschränkt.

Aus dem Vorwort ersieht man, daß das Jahrbuch gelegentlich stille Kostgänger hat, die es berauben und selbst die Druckfehler mitnehmen. Ihnen kündigt das Vorwort an, daß hier und da „urheberrechtliche Fußangeln" gelegt seien, um die ungebetenen Gäste zu fangen. Man sieht, daß die unerfreuliche Erfahrung dem Herausgeber den Humor nicht raubt. Mit Recht; denn die Beraubung bezeugt doch nachdrücklich den Wert des geplünderten Buches.

Der vaterländische Hilfsdienst. Gesetz vom 5. Dezember 1916, nebst den Ausführungsbestimmungen. Erläutert von Dr. F. Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat. Berlin 1917. Carl Heymanns Verlag. Preis 2 ℳ.

In der bekannten Form der Heymannschen Gesetzestextausgaben mit Anmerkungen liegt hier ein besonders erwünschtes Hilfsmittel für Behörden, Betriebsunternehmer, Arbeitnehmer, Auskunftsstellen, Verbände usw. vor. Nach einer Einleitung über die Entstehungsgeschichte des Gesetzes wird zunächst dieses selbst mit Erläuterungen mitgeteilt, dann folgen die Ausführungsbestimmungen des Bundesrats, des Kriegsamts und Preußens. Mit Recht wird im Vorwort hervorgehoben, daß das Gesetz seinen eigentlichen Inhalt erst durch die Ausführungsbestimmungen erhält. Wenn man, wie es scheint, diese gesetzergänzende Aufgabe wenigstens vorläufig und in der Hauptsache für abgeschlossen halten darf, so hat man hier alles für Anwendung des Gesetzes Wesentliche in handlicher und übersichtlicher Form beisammen. Für die Leser der Arbeiter-Versorgung ist besonders auch auf die Verordnung des Bundesrats (nicht „des Reichskanzlers", wie es S. 80 heißt!) vom 24. Februar 1917 über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten (ArbVers. Heft 8 S. 177) und auf die Erläuterungen dazu hinzuweisen, für deren Zuverlässigkeit der Name des auf dem Gebiete des Gewerberechts wie auf dem besonderen Gebiete des Versicherungsrechts gleichmäßig berufenen und bewährten Verfassers bürgt.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen den Ehemann der Unterstützten.

1. Nach Witten. Frage: Kann der Armenverband gegen einen Ehemann, dessen Frau auf öffentliche Kosten in einer Anstalt verpflegt wird, und der das während seiner Krankenhauspflege von einer Krankenkasse gezahlte Hausgeld für sich verwendet, mit Erfolg im Wege des Zivilprozesses vorgehen?

Antwort: Die Bejahung der Frage kann nicht zweifelhaft sein; denn da der Mann gesetzlich verpflichtet ist, seiner Frau Unterhalt zu gewähren (§ 1360 BGB.), so kann der Armenverband von ihm überhaupt Ersatz für die der Ehefrau gewährte Unterstützung fordern (§ 62 Unterst. Wohnsitz Ges.), ganz unabhängig davon, daß der Mann das ihm von der Krankenkasse gezahlte Hausgeld für sich verwendet hat. Fraglich also wird nicht der Erfolg des Rechtsstreits, aber vielleicht der Erfolg der Zwangsvollstreckung sein.

Voraussetzung für Anwendung des § 212 RVO.

2. Nach D. Antwort: Die Entscheidung ist unrichtig. Wie der Anspruch auf Familienhilfe beim Übertritt in eine andere Kasse sofort erlischt, wenn diese satzungsgemäß überhaupt keine Familienhilfe gewährt (vgl. Hahn, Anm. 3a zu § 212 RVO.), so fällt der Anspruch auch dann fort, wenn die Satzung der anderen Kasse ihn nur unter Voraussetzungen gewährt, die im gegebenen Falle nicht zutreffen, so insbesondere wenn die Familienhilfe nur bei Erkrankungen nach Eintritt in die Kasse gewährt wird. Das dürfte auch der Auffassung des Reichsversicherungsamts entsprechen; zu vgl. Entsch. 2225 Amtl. Nachr. 1916 S. 578. Das Oberversicherungsamt war, weil die Revision nach § 1695 Ziff. 4 RVO. ausgeschlossen ist, im Hinblick auf die grundsätzliche Bedeutung der Frage nach § 1693 verpflichtet, die Sache an das Reichsversicherungsamt abzugeben. Es ist recht bedauerlich, daß dies nicht geschehen ist.

Kosten für ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. — Lohnklasse der Weiterversicherung.

3. Nach D. Antwort: a) Die Kasse hat den Sachverhalt des Versicherungsfalles von Amts wegen aufzuklären und auch die erforderlichen Beweismittel zu verschaffen, demnach auch die Kosten für diese zu tragen. Hat sie von dem im Kriege verwundeten Weiterversicherer verlangt, daß er seine Arbeitsunfähigkeit durch ein Zeugnis des behandelnden Militärarztes nachweise, so muß sie dafür die Gebühr bezahlen. Diese beträgt in Preußen für Krankenkassen, wenn es sich um eine kurze Bescheinigung handelt, 2, handelt es sich um einen ausführlichen Krankheitsbericht, etwa um die Begründung der Arbeitsunfähigkeit, 3 M. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1 d und 6 g zu § 182, ArbVers. 1907 S. 379 Ziff. 6.)

b) Für die freiwillige Weiterversicherung eines zum Heeresdienst eingezogenen Mitgliedes ist § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. maßgebend. Es kann sich also in der niedrigsten Klasse weiterversichern. Der von Ihnen angezogene § 19 Abs. 7 und 8 der Satzung, der auf Grund des § 180 Abs. 5 RVO. erlassen ist, bezieht sich nur auf solche Personen, die gemäß § 176 RVO. freiwillig beitreten (§§ 176, 177 RVO. Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 7 zu § 180 RVO.)

Ausscheiden aus dem Vorstande nach § 21 Abs 4 RVO.

4. Nach N. Antwort: Die herrschende Meinung bezieht den § 21 Abs. 4 RVO. nicht nur auf Beamte im engeren Sinne, sondern auf besoldete Angestellte überhaupt. Danach muß das Vorstandsmitglied, wenn es die Stelle als Kassenbote annimmt, aus dem Vorstand ausscheiden.

Beschränkung der Unfallversicherung auf den technischen Teil des Betriebes.

5. Nach Bergneustadt. Antwort: Der Unfallversicherung unterliegen nach § 537 RVO. die dort bezeichneten Betriebe, darunter nach Ziff. 2 auch Fabriken. Das bedeutet, daß die im Fabrikbetriebe, also die im technischen Teile des Gesamtbetriebes Beschäftigten gegen Betriebsunfälle versichert sind. Die im rein kaufmännischen Betriebsteile, insbesondere im Kontor Beschäftigten werden von dieser Versicherung nicht betroffen (zu vgl. Handb. der UnfVers. I S. 67, 68). Der Handlungsgehilfe, der einen Fall erlitt, als er einen Betriebsleiter aus der Fabrik in das Kontor an den Fernsprecher rufen wollte, ist nicht bei einer Beschäftigung im technischen Betriebe verunglückt und hat keinen Anspruch auf Unfallentschädigung.

Versicherungsfreierklärung der „Beamten" einer Bank.

6. Nach G. Antwort: Wenn der Minister auf Grund des § 171 RVO. die „Beamten" der Bank (einer Aktiengesellschaft) für versicherungsfrei erklärt hat, so kann ein Zweifel höchstens darüber entstehen, ob mit jenem Ausdruck nur die Betriebsbeamten und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2) getroffen werden oder auch andere Angestellte, die wirtschaftlich in ähnlicher Weise wie öffentliche Beamte (durch Anstellung auf Lebens-

Digitized by Google

zeit, Ruhegehaltsanwartschaft usw.) sichergestellt sind; keinesfalls kann aber der nur gegen ein Monatsgehalt von 125 ℳ angestellte Bank- oder Kassenbote als Beamter angesehen werden und als versicherungsfrei gelten. Er ist daher durch seine Anstellung Pflichtmitglied der Kasse geworden und seine frühere freiwillige Mitgliedschaft ist eben dadurch erloschen (§ 312).

Wieweit gehören Reisekosten zu den Kosten der ärztlichen Behandlung?

7. Nach Bamberg. Antwort: Nur die eigentlichen Reisekosten, die der Versicherte bei der jedesmaligen Aufsuchung des Arztes tatsächlich aufwenden mußte, gehören mit zu den Kosten der ärztlichen Behandlung, während der Unterhalt auf der Reise, wie ihn auch der Gesunde hätte bestreiten müssen, nicht zu diesen Kosten gehört (zu vgl. außer der vom Versicherungsamt angezogenen Auskunft in ArbVers. 1912 S. 526 Ziff. 4 noch Handb. der UnfVers. I S. 259 Anm. 5). Hiermit ist es nicht vereinbar, daß das Versicherungsamt dem Versicherten für seine 31 Reisen außer dem Eisenbahnfahrgelde noch eine „Reiseentschädigung" für jedes Kilometer des zu Fuß zurückzulegenden Weges nach den Sätzen der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige zubilligen will. Für die Anwendung dieser Gebührensätze fehlt jeder gesetzliche Anhalt. Man kann aber davon ausgehen, daß der Unterhalt des Kranken auf der Reise naturgemäß größere Ausgaben verursacht haben wird, als der Unterhalt zu Haus verursacht hätte, und daß der Mehrbetrag den tatsächlich aufgewendeten Reisekosten zuzurechnen ist. Wenn nun der Versicherte diesen Mehrbetrag nicht im einzelnen nachweist, die Kasse ihm aber außer den Kosten der Eisenbahnfahrten noch einen Pauschbetrag von zusammen 20 ℳ zubilligt, so hat der Versicherte keinen Grund zur Beschwerde. Wir halten das Angebot der Kasse für billig und die Berechnung des Versicherungsamts für unrichtig.

Auch Mehrleistungen (§ 179 Abs. 3 RVO.) sind der Kasse nach § 1542 RVO. zu ersetzen.

8. Nach Berlin. Antwort: Die Ansicht, daß der Anspruch der Krankenkasse gegen den zur Entschädigung Verpflichteten aus § 1542 RVO. sich auf die Regelleistungen, also auf Krankenhilfe nur für 26 Wochen und auf Krankengeld nur in Höhe des halben Grundlohns beschränken, ist haltlos. Wenn die Eisenbahngesellschaft diese Ansicht auf die Fassung des § 1542 gründet, wonach der Anspruch des Versicherten auf die Kassen nur insoweit übergeht, als sie dem Entschädigungsberechtigten (Versicherten) nach der Reichsversicherungsordnung Leistungen zu gewähren „haben", so ist sie im Irrtum. Denn es ist die Reichsversicherungsordnung selbst, die bestimmt, inwieweit die Kassen durch die Satzung gewisse Mehrleistungen vorsehen können, und wenn die Kassen von dieser Ermächtigung Gebrauch machen, so sind nach ausdrücklicher Vorschrift des Gesetzes (§ 179 Abs. 3) auch diese Mehrleistungen Gegenstand der Versicherung. Auch diese Mehrleistungen „haben" also die Kassen dem Versicherten nach dem Gesetze zu gewähren, woraus ohne weiteres folgt, daß auch insoweit der Anspruch des Versicherten gegen den Entschädigungspflichtigen nach § 1542 auf die Kasse übergeht.

Ausländischer Beschäftigungsort als Erfüllungsort für die Krankenpflege.

9. Nach Cleve. Frage: Von den niederländischen Behörden ist Einzelpersonen die Ausführung von Waren nach Deutschland auf das strengste verboten worden, und die Überschreitung der Grenze mit Schmuggelwaren ist nunmehr lebensgefährlich, weil die niederländischen Grenzschutzzollbeamten auf jeden Schmuggler, der auf den ersten Anruf nicht stehen bleibt, schießen. Aber auch seitens der deutschen Regierung ist das Herüberholen von Waren Einzelpersonen nicht gestattet. Trotzdem hat ein Kassenmitglied die Grenze zum Zwecke des Schmuggels überschritten, ist dabei durch einen Gewehrschuß verletzt, infolgedessen einem Nymwegener Krankenhaus zugeführt und dort einige Zeit verpflegt worden. Für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit haben wir das Krankengeld gezahlt. Sind wir auch verpflichtet, die in Nymwegen (Holland) entstandenen Kosten der Krankenpflege zu bezahlen?

Antwort: Erfüllungsort für die Leistungen der Krankenpflege ist ein Ort außerhalb des Kassenbezirks nur dann, wenn er der Wohnort oder der Beschäftigungsort des Versicherten ist (vgl. Hahn, Anm. 10a zu § 182 RVO.). Dabei ist unter Beschäftigungsort der Ort zu verstehen, an welchem die das Versicherungsverhältnis begründende Beschäftigung stattfindet. Da dies auf die gesetzwidrige Tätigkeit, welche das Mitglied ins Ausland geführt hat, nicht zutreffen dürfte, braucht die Kasse für die dort erwachsenen Krankenpflegekosten nicht aufzukommen.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft nach Ablauf der zweijährigen Ausschlußfrist.

10. Nach Gelsenkirchen. Antwort: An sich müßte die Krankenkasse, die Ersatz aus der Unfallentschädigung beansprucht, den Ablauf der zweijährigen Ausschlußfrist aus § 1546 RVO. auch gegen sich gelten lassen. Wenn aber der Versicherte später von neuem erkrankt und diese Erkrankung eine neue Folge des Unfalls oder eine wesentliche Verschlimmerung einer alten ist, so kann er selbst noch den Entschädigungsanspruch geltend machen (§ 1547 Ziff. 1 RVO.) und demgemäß steht auch der Kasse der Ersatzanspruch an die Berufsgenossenschaft zu, sofern sie ihn nur spätestens drei Monate nach Beendigung der wegen der jetzigen Erkrankung gewährten Kassenleistungen bei der Berufsgenossenschaft geltend macht (§ 1508 RVO.). Gegen den Bescheid der Berufsgenossenschaft (§ 1583 RVO.) kann die Kasse Einspruch einlegen (§ 1591). Hierauf wird der Endbescheid erteilt (§ 1606), und gegen diesen ist die Berufung (§ 1675) bei demjenigen Oberversicherungsamt — nicht Versicherungsamt — zulässig, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit der Berufung wohnt oder beschäftigt ist (§ 1677), also bei dem für B. zuständigen Oberversicherungsamt.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1171 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. Mai 1917 | Heft 13

Armenanstalten und Invalidenrentner

Von Oberregierungsrat Kobler in München

Die Invaliden- und Altersrenten, welche die Reichsversicherung gewährt, erreichen nur eine bescheidene Höhe. Die Rentenberechtigten sind, wenn sie nicht selbst noch einiges Vermögen, insbesondere einige Ersparnisse besitzen, selten imstande einen eigenen Haushalt zu führen. Viele finden Anschluß an eine Familie oder ihr Unterkommen in einem der Invalidenhäuser, welche die Landesversicherungsanstalten betreiben. Viele müssen aber auch in Ermangelung einer solchen Unterkunft die Spitäler und Armenhäuser der Gemeinden aufsuchen.

Die öffentliche Armenpflege hat die Aufgabe, hilfsbedürftige Personen zu unterstützen.*) Und als hilfsbedürftig erscheint auch der Rentenempfänger, soweit seine Rente nicht dazu genügt, ihm den erforderlichen Lebensunterhalt zu verschaffen und er über eigene Mittel und Kräfte weiter nicht verfügt. Die öffentliche Unterstützung umfaßt die Pflicht, den erforderlichen Lebensunterhalt, insbesondere Obdach, Nahrung, Kleidung und Pflege zu gewähren und die erforderliche Krankenhilfe zu leisten. Diese Pflicht der Gemeinden und Armenverbände ist nach § 1527 RVO. von diesem Gesetze unberührt geblieben. Die Ortsarmenverbände kommen also sehr oft in die Lage auch Rentenempfänger in die Anstalten aufzunehmen, welche für die Hilfsbedürftigen der Gemeinde bestimmt sind. In solchen Fällen kann der Armenverband Ersatz seitens der Landesversicherungsanstalt verlangen (§ 1531).

Als Ersatz können die Renten beansprucht werden (§ 1536). Es kommen aber lediglich jene Renten in Betracht, die auf die Zeit der Unterbringung entfallen; das Gesetz fordert Gleichheit der Pflichtzeit, d. h. die Zeiten der beiderseitigen Verpflichtung müssen sich decken (Begründung zum Entwurfe einer RVO. S. 447). Wenn dem Rentenempfänger während dieser Zeit „vollständiger Unterhalt" in der Anstalt gewährt wird, ist für die Dauer dieses Unterhaltes der Anspruch auf Ersatz bis zum vollen Betrage der Rente begründet. In allen anderen Fällen reicht der Ersatzanspruch nur bis zum halben Betrage der Rente. Wegen der Schwierigkeiten, unter welchen die Befriedigung der Lebensbedürfnisse gerade in den gegenwärtigen Zeitläuften leidet, müssen Rentenempfänger in großer Zahl Aufnahme in die Anstalten der öffentlichen Armenpflege suchen. Solche Leute legen Wert darauf, entweder die ganze Rente oder wenigstens einen Teil davon zur selbständigen Verfügung zu behalten; sie halten sich um so mehr für berechtigt, die Rente für ihre besonderen Bedürfnisse zu verwenden, als sie ja auch zu den Mitteln beigetragen haben, aus denen die Rente gewährt wird. Auf der anderen Seite müssen aber auch die öffentlichen

*) §§ 1 und 2 des Unterstützungswohnsitzgesetzes und die einschlägigen Bestimmungen der Ausführungsgesetze, so § 1 des preuß. Ausführungsgesetzes, Art. 1, 2 und 3 des bayer. Armengesetzes.

Digitized by Google

Armenverbände die Mittel der Gemeinde mehr zu Rate halten und auf der strengeren Durchführung ihrer Ansprüche bestehen. Dieser Gegensatz führt öfters zu Streitigkeiten.

Es handelt sich dabei fast immer um die Frage, ob in der Anstalt „vollständiger Unterhalt" gewährt wird.

Für Krankenanstalten hat das Reichsversicherungsamt bereits öfters entschieden, daß darin der vollständige Unterhalt nicht gewährt zu werden pflegt (vgl. die grundsätzl. Revisionsentsch. 1750, Amtl. Nachr. 1913 S. 673, sowie ArbVers. 1915 S. 821).

Die in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen erhalten regelmäßig nicht die Kleidung; den Insassen stehen während der Dauer des Aufenthalts höchstens Anstaltskleider zur Verfügung, die nur zum Verkehr im Innern der Anstalt dienen. Auch sind die im Krankenhause untergebrachten Personen oft genötigt ihre frühere Wohnung beizubehalten; sie dürfen überhaupt, wenn sie das Krankenhaus nach längerem Aufenthalt verlassen, nicht von allen Mitteln entblößt sein. Deshalb hat das Reichsversicherungsamt ganz allgemein ausgesprochen, daß die Gewährung des vollständigen Unterhaltes nur dann vorliege, wenn der Rentenempfänger dauernd oder doch für längere Zeit vollständig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und in der Anstalt wirklich in allen Lebensbedürfnissen versorgt sei. Es handelt sich jedoch nur um die persönlichen Lebensbedürfnisse des Rentenempfängers; der vollständige Unterhalt umfaßt nicht die Unterstützung der etwa vorhandenen unterhaltsberechtigten Familienglieder (Grundsätzl. Revisionsentsch. 2153 Amtl. Nachr. 1916 S. 360; vgl. auch Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1905 S. 659). Bei der Unterbringung in einer Krankenanstalt wird also für den Regelfall nur die halbe Invalidenrente in Anspruch genommen werden können.

Anders liegt die Sache bei der Unterbringung in eigentlichen Armenanstalten. Wenn auch nach dem Willen des Gesetzgebers der Ersatz bis zum vollen Betrage der Rente nur ausnahmsweise begründet sein soll (aus den Gründen der erwähnten Revisionsentsch. 1750), so darf man doch von der Anstaltsverwaltung nicht den strengen Nachweis verlangen, daß sie wirklich in allen Fällen alle Lebensbedürfnisse ihrer Insassen befriedigt habe. Vielmehr wird es auch hier auf eine besonnene Betrachtung und billige Erwägung aller Umstände ankommen, wenn man den tatsächlichen Verhältnissen möglichst gerecht werden will. Bei der Unterbringung in einer Armenanstalt läßt sich also wohl eher als bei der Verpflegung im Krankenhause die Gewährung des vollständigen Unterhaltes annehmen. Die Insassen der Armenanstalt sind aus dem Erwerbsleben meist vollständig ausgeschieden. Sie erhalten in der Anstalt regelmäßig alles, was sie zum Leben notwendig haben. Das wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß sich die Unterstützung auf den Notbedarf beschränkt, darauf nämlich, was zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit unentbehrlich ist. Zum vollständigen Unterhalt gehört auch freie ärztliche Behandlung und Pflege in Krankheitsfällen sowie die Verabreichung der etwa erforderlichen Krankenkost. Auch Reinlichkeitsbedürfnisse, — Haarschneiden, Rasieren, Bäder usw. — sind zu berücksichtigen, weil ihre Befriedigung zur Erhaltung der Gesundheit notwendig ist. Dagegen darf man nicht fordern, daß Reizmittel verabreicht werden, selbst nicht an Leute, die daran gewöhnt sind, z. B. Tabak an Raucher oder Schnupfer oder geistige Getränke; meist ist ohnedies durch die Hausordnungen der Verbrauch derartiger Genußmittel eingeschränkt oder im allgemeinen verboten. Gerade in der Kriegszeit sind wir uns alle darüber klar geworden, daß selbst tief gewurzelte Gewohnheiten der ganzen Bevölkerung abgelegt werden müssen und daß das ohne Schädigung der Gesundheit ertragen werden kann. Die Insassen des Armenhauses müssen sich mit einer Wassersuppe zum Frühstück zufrieden geben und

Digitized by Google

können insbesondere die unentgeltliche Abgabe von Kaffee nicht fordern. Auch die gereichten Mengen sind nach den Verhältnissen zu bemessen, welche auch sonst für Leute gelten, die keinerlei Tätigkeit mehr ausüben. Insbesondere der durch den Krieg geschaffenen Lage und der Forderung größter Sparsamkeit in der Bewirtschaftung der Lebensmittel müssen auch die Anstaltsverwaltungen Rechnung tragen. Die Gewährung der Kleidung freilich darf sich nicht auf Anstaltskleidung beschränken, d. h. auf Kleidungsstücke, die nach der allgemeinen Sitte außerhalb der Anstalt nicht getragen werden könnten; den Anstaltsinsassen muß auch Kleidung zu Ausgängen zur Verfügung stehen. Doch können die Insassen nicht verlangen, mit neuen Gegenständen dieser Art versehen zu werden; sie dürfen die Annahme getragener — selbstverständlich entsprechend gereinigter und ausgebesserter — Kleidungsstücke nicht verweigern.

Daß der Wert des „vollständigen Unterhaltes" in einer Armenanstalt auch bei solcher Begrenzung den Betrag der Invalidenrente regelmäßig erreicht, kann man insbesondere bei dem jetzigen hohen Stande des Preises aller Lebensbedürfnisse wohl nicht bezweifeln.

Das Recht des Armenverbandes auf die Invalidenrente ist nicht mehr wie im früheren Rechte (§§ 49 und 50 JVG.) als ein Anspruch auf Überweisung der Rente, sondern als ein Anspruch auf Ersatz aus der Rente geordnet. Wenn die Insassen der Anstalt der Auszahlung ihrer Renten an den Armenverband widersprechen, hat der Armenrat Antrag beim Versicherungsamte zu stellen. Dieses muß entweder die Widersprüche für unbegründet erklären oder die Rentenberechtigten verurteilen, die Auszahlung während ihrer Verpflegung im Armenhause zu dulden (vgl. Gründe der Revisionsentsch. 1881 Amtl. Nachr. 1914 S. 639, ArbVers. 1915 S. 83, 84). Ein solcher Anspruch hindert die Verurteilten nicht, in der Zukunft die Duldung zu verweigern, wenn etwa der Armenverband tatsächlich die Leistung eines Bestandteiles des vollständigen Unterhaltes versagen und die um Abhilfe angerufene Aufsichtsbehörde die Gewährung des vollständigen Unterhaltes nicht herbeiführen sollte.

Vierteljährliche Erhebung der Krankenkassenbeiträge.

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Der Mangel an geeignetem Personal zwingt auch die Krankenkassenverwaltungen, tunlichste Erleichterungen im Geschäftsbetrieb der Kasse einzuführen. Verschiedentlich ist man in diesem Streben auch dazu gekommen, Vereinfachungen in der Erhebung der Kassenbeiträge zu versuchen. Nach § 393 RVO. haben die Arbeitgeber die Beiträge für ihre Versicherungspflichtigen an den Tagen einzuzahlen, welche die Satzung festsetzt. Die Zahltage dürfen höchstens einen Monat auseinanderliegen. An denselben Tagen haben die Versicherungsberechtigten die Beiträge einzuzahlen. In diesem Sinne enthält auch die Mustersatzung für Allgemeine Ortskrankenkassen Vorschriften. In § 53 ist den Kassen zur Auswahl gestellt, die Beiträge wöchentlich oder an bestimmten Tagen des Monats zu den vom Vorstand bestimmten Stunden entweder im voraus oder nachträglich von den Arbeitgebern der Versicherungspflichtigen sowie den Versicherungsberechtigten selbst im Kassenraum einzahlen zu lassen. Diese Einrichtung kann jedoch nicht als praktisch angesehen werden, da erfahrungsgemäß auf diese Weise die Beiträge äußerst unregelmäßig und nachlässig eingehen. Deshalb sind fast alle größeren Kassen in Anlehnung an den Satzungsentwurf des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen dazu gekommen, in der Satzung vorzusehen, daß die Beiträge für Versicherungspflichtige mit Ablauf desjenigen Monats, in dem sie

Digitized by Google

entstanden sind, fällig und im folgenden Monat durch Kassenboten eingezogen werden. Die durch die Anstellung solcher Kassenboten entstehenden Ausgaben machen sich reichlich bezahlt und die Arbeitgeber sind für das Entgegenkommen sehr dankbar. Die Abholung ist zweifellos zulässig, wie Hahn (Handb. der KrankVers., Anm. zu § 393) zutreffend auseinandersetzt. Bleibt doch für den Fall, daß der Kassenbote die Beiträge nicht erhält, die Pflicht zur Einzahlung in der Geschäftsstelle der Kasse immer noch bestehen.

Die Anregungen zur Einführung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs, insbesondere diejenigen des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe (ArbVers. 1914 S. 306 und 1917 S. 86), haben verschiedentlich dahin geführt, die Einholung der Beiträge durch einen Kassenboten versuchsweise einzustellen. Einige Kassenverwaltungen stellen jetzt jedem Arbeitgeber und jeder Dienstherrschaft eine Rechnung über die fälligen Beiträge mit einer ausgefüllten Postscheckzahlkarte zu. Nach Zustellung der Rechnung sind die Beiträge binnen einer Woche bei den Postämtern einzuzahlen. Geschieht das nicht, erfolgt Mahnung und im Anschluß daran die Einleitung des Zwangsverfahrens. Dieses Verfahren ist aber kaum besser, praktischer und billiger als die frühere Bareinzahlung in der Geschäftsstelle der Kasse.

Eine Anzahl anderer Kassen ist deshalb bei der Suche nach Vereinfachungen darauf gekommen, die Beiträge zwar nach wie vor durch Kassenboten einholen zu lassen, aber, so weit es möglich ist, nicht monatlich, sondern vierteljährlich. Mit Rücksicht auf die bestehenden gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen ist ein solches Verfahren nur durchführbar, wenn die in Betracht kommenden Arbeitgeber ihre Zustimmung dazu geben. Die Kassen (wie z. B. Halle a. S., Steglitz) haben daher an die Arbeitgeber ein Rundschreiben gerichtet, in dem sie auf die Vorteile und Einzelheiten dieses Verfahrens hinweisen und auf einer anhängenden, zurückzugebenden Erklärung das Einverständnis des Arbeitgebers dazu erbitten, daß die Beiträge für die beschäftigten versicherungspflichtigen Personen vierteljährlich berechnet und erhoben werden. Hauptsächlich kommen hierbei nur Arbeitgeber in Frage, die nur eine geringere Zahl von Leuten beschäftigen, wie z. B. Dienstherrschaften, kleine Handwerker usw. Für diejenigen Arbeitgeber, die ihre Zustimmung geben, werden die Beiträge sodann stets für drei Monate im zweiten oder Anfang des dritten Monats des Kalendervierteljahrs eingeholt, ähnlich wie das bei Erhebung der Steuern durch die Gemeinden (wenigstens in Preußen) geschieht. Für die einzelnen Monate werden — wie sonst — je nach den Bestimmungen der Satzung für so viel Wochen Beiträge erhoben, als sich in diesem Montage oder Sonnabende befinden. Die nach wie vor erteilten Beitragsaufstellungen weisen die veranlagten Beitragssummen für die einzelnen Monate unter namentlicher Aufführung der Versicherten genau nach, so daß dem Arbeitgeber jederzeit eine Nachprüfung möglich ist. Scheiden versicherte Personen vor Schluß des Vierteljahrs aus, für das der Beitrag erhoben wurde, so erfolgt die Gutschrift der mehrerhobenen Summe und deren Verrechnung im folgenden Vierteljahr, oder, falls kein Personal mehr beschäftigt wird, die sofortige bare Rückzahlung auf Grund der Abmeldung ohne weiteren Antrag. Beim Neueintritt von Versicherungspflichtigen nach erfolgter Beitragsberechnung geschieht die erforderliche Nachberechnung im nächsten Vierteljahr, mit Ausnahme des letzten Vierteljahrs im Kalenderjahr, in dem zur Glattstellung der Geschäftsbücher die etwaigen Reste im letzten Monat des Jahres eingezogen werden müssen. Sehr zweckmäßig ist, die Arbeitgeber von vornherein ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß zur Vermeidung von Mehrzahlungen und der damit verbundenen Weiterungen die pünktliche Erledigung der An- und Abmeldungen unbedingt erforderlich ist. Manche Arbeitgeber denken an die

Digitized by Google

nötigen Meldungen bei der Krankenkasse erst, wenn sie die Beitragsberechnung der Kasse vor sich liegen haben. Wenn sie an der Hand dieser Berechnung nur jedes Vierteljahr eine Kontrolle vornehmen, so kann ihnen eine unterlassene Abmeldung teuer zu stehen kommen, da bekanntlich die Beiträge bis zum Eingang der vorschriftsmäßigen Abmeldung bei der Kasse fortzuzahlen sind, — eine Bestimmung, von der nicht abgewichen werden kann, da sie zwingender Natur ist.

Die vierteljährliche Einhebung hat zweifellos Vorteile. Sie ist geeignet, wesentliche Ersparnisse an Wegen, Schreibarbeit und Gebühren für alle Beteiligten herbeizuführen. Das Verfahren kann auch Nachteile haben; sie lassen sich aber durch Aufmerksamkeit der Kassenverwaltung sehr einschränken. Um z. B. zu vermeiden, daß bei den einzelnen Arbeitgebern höhere Beträge auflaufen, die sie dann nicht erschwingen können, ist dieses Einzugsverfahren auf solche Arbeitgeber zu beschränken, deren Zahlungsfähigkeit außer Zweifel steht. Manche Arbeitgeber, namentlich Dienstherrschaften, haben die Gewohnheit, den Beschäftigten die Beitragsteile erst dann vom Lohn abzuziehen, wenn die Abrechnung der Kasse vorgelegt wird. Es können also hierdurch für die Versicherungspflichtigen größere Beträge auflaufen. Hier schützt § 395 Abs. 2 RVO., auf den alle Beteiligten von Zeit zu Zeit hinzuweisen sind. Sind Abzüge — so heißt es dort — für eine Lohnzeit unterblieben, so dürfen sie nur bei der Lohnzahlung für die nächste Lohnzeit nachgeholt werden, wenn nicht die Beiträge ohne Verschulden des Arbeitgebers verspätet entrichtet worden sind. Der letzte Satz trifft hier nicht zu; ein „Verschulden" — wenn die Bezeichnung hier überhaupt angebracht ist — des Arbeitgebers liegt deshalb vor, weil er sich von vornherein mit der vierteljährlichen Einhebung einverstanden erklärt. Der Wille des Gesetzes ist, daß den Versicherungspflichtigen bei jeder Lohnzahlung die nötigen Abzüge für die Versicherungsbeiträge gemacht werden, ohne Rücksicht darauf, wann der Arbeitgeber die Beiträge einzahlt. Diese gleichmäßige Verteilung der Abzüge auf die Lohnzeiten kann auch nicht durch private Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherungspflichtigen beseitigt werden.

Es blieb noch übrig zu untersuchen, inwieweit das Verfahren mit § 393 RVO. vereinbar ist, der bestimmt, daß die Zahltage höchstens einen Monat auseinander liegen dürfen. Diese Vorschrift ist zweifellos auch eine zwingende, die nicht willkürlich außer acht gelassen werden darf. In Wirklichkeit braucht sie auch gar nicht beiseite geschoben zu werden. Einen Ausweg bietet der vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen dem § 53 der Mustersatzung gegebene Wortlaut, der zunächst festlegt, daß die Beiträge monatlich vom Arbeitgeber in der Kassenstelle einzuzahlen sind, dann aber sagt, daß der Kassenvorstand die fälligen Beiträge durch Kassenboten abholen lassen kann. Wer von den Arbeitgebern daher glaubt, daß die vierteljährliche Einholung gegen das Gesetz verstößt, der kann sie monatlich im Geschäftsraum der Kasse selbst einzahlen. Ihm kann also geholfen werden.

Die Allgem. Ortskrankenkasse Steglitz berichtet, daß sich diese vierteljährliche Einhebung sehr gut eingeführt habe. Der Frage, ob keine Zinsverluste entstehen, sei leicht zu begegnen durch den Hinweis auf die bedeutenden Ersparnisse an Arbeitskräften, Rechnungsformularen usw. Statt der rund 72 000 Stück Rechnungen, die die Kasse vorher jährlich hinausgehen ließ, sind jetzt nur noch rund 36 000 zu bearbeiten. Die gleichen guten Erfahrungen hat auch die Allgem. Ortskrankenkasse Halle a. S. gemacht. Es besteht deshalb die Absicht, die ursprünglich wegen des Krieges und für die Dauer desselben eingeführte Einrichtung zur dauernden zu machen.

Friedr. Kleeis, Halle a. S.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Voraussetzung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses zwischen Vater und Tochter.

Rev. Entsch. des **Sächs. Landesversicherungsamts** vom 3. Februar 1917 (20. K.).

Das Zustandekommen eines Lohnarbeitsverhältnisses wird durch die Verwandtschaft nicht gehindert. Jedoch bedarf es in jedem einzelnen Falle der besonderen Prüfung, ob nicht vielmehr eine Hilfeleistung und eine Unterhaltspflicht, die in dem Familienverhältnisse ihren Grund hat, vorliegt, statt wirklich auf Leistung und Gegenleistung beruhende Arbeit und Entlohnung. Ein Rechtsverhältnis der letzteren Art kann nur unter besonderen Umständen angenommen werden. Insofern gehen also die Vorentscheidungen von richtiger Voraussetzung aus.

Ebenso ist ihnen beizupflichten, daß es für die Beurteilung von besonderem Werte ist, ob der Verwandte, im vorliegenden Falle die Tochter, eine verwertbare Arbeitskraft besitzt. In dieser Beziehung konnte auch das Versicherungsamt mit Recht sich auf den verneinenden Standpunkt stellen: Denn die damals abgehörten 2 Zeuginnen haben als Hausnachbarn übereinstimmend ausgesagt, daß die Tochter des H. von jeher schwächlich und kränklich gewesen sei, nur leichte Arbeiten habe machen und ein Unterkommen bei fremden Leuten mit Erfolg nicht habe finden können. Anders das Oberversicherungsamt: Die inzwischen abgehörten 6 weiteren Zeugen und Zeuginnen schildern im Gegensatze zu den beiden anderen Zeuginnen die H. als eine Person, die zwar als Kind schwächlich gewesen sei, dagegen später sich herausgemacht habe, so daß sie auch schwere Arbeiten getan habe und einen Dienst bei fremden Leuten wohl hätte verrichten können. Es wird von ihnen hervorgehoben, daß die H. schwere Balken mit fortgeschafft, mitgejaucht, gehackt, umgegraben, Kartoffeln ausgegraben und eingeschafft habe, und insbesondere wird darauf hingewiesen, daß das H.'sche Grundstück besonders schwer zu bearbeiten sei, weil es an einem steilen Berghange liege.

Es muß daher als ein Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten bezeichnet werden, auf dem die Entscheidung des Oberversicherungsamtes beruht, und als ein wesentlicher Mangel des Verfahrens (§ 1697 Ziff. 1 und 2 RVO.), wenn in dem Urteile gleichwohl ohne weitere Erörterungen ausgesprochen worden ist, daß „ein abhängiges bargelohntes Arbeitsverhältnis zwischen Vater und Tochter nicht bestanden" habe und daß „die Krankheit der Tochter und die Tatsache, daß sie für Lohnarbeit nicht geeignet war, anzeige, daß sie lediglich als Familienglied, nicht als versicherungspflichtige Arbeiterin Aufnahme gefunden habe". Es wird damit das Ergebnis der neueren Zeugenaussagen in das Gegenteil gekehrt; und wenn das Oberversicherungsamt den Angaben der Zeugen, daß sie nach der Schulzeit kräftiger geworden sei, keinerlei Glauben beimißt, weil die Tatsache des frühen Todes mit Sicherheit das Gegenteil beweise, so ist diese Schlußfolgerung zum mindesten keine zwingende; auch fehlt es an einem überzeugenden Anhalt, den späteren 6 Zeugen weniger als den früheren 2 zu glauben. Im Gegenteil liegt es eher nahe, gerade der zuerst abgehörten Frau M. mit Vorsicht zu begegnen, weil diese Zeugin in ihrer Aussage unter anderem miterklärt hat, daß die H. nicht auf Arbeit beziehentlich in Dienst geschickt würde, während aktenkundig ist, daß die H. bei Frau Schw. als „fleißiges, freundliches und williges Mädchen" in Dienst gewesen ist und daß sie bei ihrer Behauptung, die H. habe nach Angabe des Vaters vor etwa 2 Jahren einen Steuerzettel erhalten, stehen geblieben ist, obwohl der Vater ihr den Irrtum vorgehalten hat und durch den Gemeindevorstand das Gegenteil festgestellt worden ist.

Da also der einzige Grund, auf den das Oberversicherungsamt seine Klageabweisung gestellt hat, die Verneinung des wirklichen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses wegen des Mangels einer hinreichenden Arbeitskraft der H. nicht als stichhaltig sich erweist, so bedarf es weiterer Aufklärung, ob in der Tat eine Versicherungspflicht nicht bestanden hat oder etwa andere Umstände anzuerkennen sind, die ausnahmsweise die Annahme eines zur Begründung der Versicherung geeigneten Arbeitsverhältnisses rechtfertigen könnten. Dafür könnte, abgesehen von dem Umstande, daß die H. schon anderweit bei Fremden gedient hat, erheblich sein, ob die behauptete Vergütung vereinbart und regelmäßig gewährt wurde und als wirkliche Vergütung den Leistungen angemessen war, ob der Vater ohne die Tochter einer gelohnten Hilfskraft bedurft hätte und ob das Verhältnis zwischen Vater und Tochter bei der Arbeit auf Über- und Unterordnung beruht hat (vgl. Anleitung des Reichsversicherungsamtes vom 26. April 1912 Ziff. 23 c). Zur Frage des Lohnes hat zwar das Versicherungsamt Stellung genommen, indessen die Bedeutung der klägerischen Behauptung, daß die Tochter neben freiem Unterhalte 10 ℳ monatlich Barlohn erhalten habe, damit abgetan, daß „selbst wenn man die Gewährung dieser baren Entschädi-

Digitized by Google

gung, die durch Unbeteiligte nicht nachgewiesen werden könnte, als erwiesen ansehen wollte, doch nicht angenommen werden könnte, daß die Zuwendung über das Maß dessen hinausgehe, was H. seiner Tochter als solcher gewähren würde. „Dieser Annahme kann nicht beigepflichtet werden. Zwar haben neben dem Unterhalte gewährte unerhebliche Barlohnzahlungen, sogenanntes Taschengeld, die den Empfänger in den Stand setzen sollen, gewisse geringe Lebensbedürfnisse zu befriedigen, häufig keine selbständige rechtliche Bedeutung, sondern nehmen als Zubehör das Wesen der Hauptleistung, der Unterhaltsgewährung, an (Anleitung des Reichsversicherungsamtes Ziff. 20 b). Indessen ist in den einfachen ländlichen Verhältnissen, wie sich auch die des Klägers und seiner Tochter darstellen, ein Barlohn von jährlich 120 ℳ neben der Gewährung von Kost und Wohnung schon an sich ein ins Gewicht fallender Betrag, der nicht bloß als Taschengeld angesehen werden kann und ebenso auch bei Vergleich mit dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste landwirtschaftlicher Arbeiterinnen im Bezirke der Amtshauptmannschaft Dresden-Neustadt, der sich bei Personen zwischen 16 und 21 Jahren auf insgesamt 500 ℳ stellt, jedenfalls von solcher Bedeutung, daß in der gegenteiligen Unterstellung des Versicherungsamtes eine unrichtige Gesetzesanwendung erblickt werden muß. Zu der weiteren Angabe des H., daß seine Tochter später sogar wöchentlich 6 ℳ Lohn erhalten habe, weil erst die Hilfe seiner Mutter und später auch seiner Frau weggefallen sei, so daß die Tochter auch im Hause die Arbeit habe verrichten müsse, hat die Entscheidung überhaupt keine Stellung genommen. Sodann behauptet zwar die Entscheidung des Versicherungsamtes, daß der Haushalt und die Wirtschaft H.'s neben den Eheleuten, der Mutter und einer Aushilfe eine gelohnte weitere Arbeitskraft nicht erfordere, rechtfertigt aber diese Behauptung nur durch die Feststellung, daß die Grundstücke H.'s und seiner Ehefrau einschließlich der Gebäude 52,7 Ar groß, zu einem Teile mit Holz bewachsen, zum andern mit Erdbeeren, Kartoffeln und für das Haus nötige Gemüse bebaut sind und auf ihnen nur 1 Ziege gehalten wird. Es ist dabei nicht beachtet, daß H. auch als Eispächter mehrerer Teiche zu tun hat, wobei die Tochter nach Zeugenaussagen auch mit geholfen hat, daß der Viehbestand gewechselt hat (H. selbst behauptet, manchmal auch Schweine und mehrere Ziegen gehabt zu haben, und der Bestand von 1 Schwein neben 1 Ziege ist gemeindeamtlich bestätigt worden) und daß die Hilfe der Tochter infolge des nach Angaben des H. immer mehr zunehmenden Krankheitszustandes seiner Frau und des Alters seiner Mutter immer dringlicher geworden sei. Auch insoweit weist das Verfahren wesentlichen Mangel auf.

Nach alledem mußte sowohl die Entscheidung des Oberversicherungsamtes als des Versicherungsamtes nach § 1697 Ziff. 1 und 2 der RVO. aufgehoben werden, und es bedarf noch weiterer Erörterungen, um nach den oben angedeuteten Richtungen genügend festzustellen, ob im Streitfalle die Tochter lediglich auf Grund des Familienbandes haus- und landwirtschaftliche Unterstützung geleistet hat oder in einem auf Leistung und Gegenleistung beruhenden Lohnarbeitsverhältnisse zum Vater gestanden hat. Unter Umständen wird dabei die Feststellung, wie es seit dem Tode der Tochter in H.'s Haus- und Landwirtschaft gehalten wird, von ausschlaggebender Bedeutung sein und sich weitere Erörterung erledigen. Sollte diese Feststellung aber nicht genügen und sich eine einwandfreie Feststellung einzelner wesentlicher Punkte durch dritte, unbeteiligte Personen überhaupt nicht erreichen lassen — wie es das Versicherungsamt andeutet — so würden die nicht anders nachzuprüfenden Angaben des H. nach den übrigen Feststellungen auf ihre Glaubwürdigkeit zu bewerten sein.

B. Zur Krankenversicherung.

Zur Frage der Versicherungspflicht von Lehrmädchen der Schneiderinnen als „Lehrlinge".

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts Blumenthal** vom 30. Oktober 1916; b) des **Oberversicherungsamts Stade** vom 30. Dezember 1916; c) des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 28. Februar 1917.

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Mädchen, die im Betriebe einer Schneiderin (oder eines Schneiders) das Schneidern ausschließlich oder zunächst oder hauptsächlich für den Hausbedarf erlernen, als Lehrlinge anzusehen und deshalb für versicherungspflichtig zu erachten sind, beschäftigt fortgesetzt die Versicherungsbehörden. Zu vergl. Kleeis in ArbVers. 1915 S. 361, ferner die Entsch. in ArbVers. 1917 S. 108. Diese und die folgenden drei weiteren Entscheidungen lassen jedenfalls soviel klar erkennen, daß die Frage nicht allgemein und einheitlich, sondern immer nur auf Grund der Würdigung des Zwecks und der Art der Beschäftigung im Einzelfall entschieden werden kann. Für die Invalidenversicherung erledigt sich die Frage schon dadurch, daß Entgelt nicht gezahlt wird, da alsdann die Versicherungspflicht entfällt, auch wenn die Lehrlingseigenschaft zu bejahen ist (§ 1226 Abs. 2 RVO.); krankenversicherungspflichtig aber sind Lehrlinge aller Art auch dann, wenn sie ohne Entgelt beschäftigt werden

Digitized by Google

(§ 165 Abs. 1 Ziff. 1 und Abs. 2), so daß es hier immer darauf ankommt, ob die Umstände des Falls die Annahme eines Lehrlingsverhältnisses rechtfertigen.

a)

In diesem besonderen Falle kann es gleichgültig bleiben, ob für die Beurteilung der Frage, wer ganz allgemein als Schülerin oder als Lehrling anzusehen ist, der Zweck der Fachausbildung oder die Art des Beschäftigungsbetriebes allein maßgebend sein soll. Selbst bei Berücksichtigung beider Gesichtspunkte muß in diesem Falle die Versicherungspflicht als nicht vorliegend angesehen werden. Die Ausbildung der Beschwerdeführerin bezweckte, was glaubhaft nachgewiesen worden ist, nicht die Erlernung dieses Gewerbes, sondern die Erlernung von Fertigkeiten für den Hausbedarf, da die Mutter kränklich ist. Auch kann nach den tatsächlichen Verhältnissen nicht angenommen werden, daß die Beschwerdeführerin beabsichtigte, wiederum nach Erlernung der Schneiderei in Stellung zu gehen und die erlernten Fertigkeiten etwa für ein besseres Fortkommen zu verwerten, zumal sie sich bis jetzt noch zu Hause aufhält und beschäftigt. Es kommt hinzu, daß nach sachverständigem Urteil die in der kurzen Zeit in dem B.schen Betriebe erlernten Fähigkeiten nicht ausreichen, um daraus später ein Gewerbe machen zu können.

Auch die Art des Betriebes läßt nicht auf die Ausbildung von Lehrlingen schließen. Zunächst wird die Beschwerdeführerin nicht im Sinne der Reichsversicherungsordnung beschäftigt, da die Beschwerdeführerin nur zu Frl. B. gekommen ist, um ihre eigenen Kleider anzufertigen. Was die Dauer dieser Beschäftigung aber anbetrifft, so steht sie weit hinter der der gewöhnlichen Lehrlingsausbildungszeit von 3 bis 4 Jahren zurück, da die Ausbildung hier höchstens 6 Monate dauert. Das Kennzeichen des Lehrlings besteht aber vor allen Dingen darin, daß er einem Lehrherrn oder einer Lehrherrin gegenübersteht, denen er entgeltlich oder unentgeltlich Dienste zu leisten verpflichtet ist. Von einer solchen Verpflichtung kann im vorliegenden Falle nicht die Rede sein. Nach der ganzen Abrede zwischen der Lehrerin und der Beschwerdeführerin hat letztere durch die Zahlung von 10 ℳ monatlich zwar die Berechtigung auf Gewährung der Ausbildung erworben, nicht aber zugleich die Verpflichtung übernommen, zu diesem Zweck eine bestimmte Arbeitszeit pünktlich einzuhalten oder gar Dienstleistungen irgend welcher Art für den Gewerbebetrieb der Lehrherrin auszuführen: „Kommen und gehen konnte die Beschwerdeführerin, wann sie wollte" und „wenn sie einmal nicht erschien, so war es auch recht."

Zwar fertigt die Lehrerin mit ihrer Schwester Kleider für fremde Personen an, aber an diesen Kleidern wurde die Beschwerdeführerin nicht beschäftigt. Der Betrieb, in dem die Beschwerdeführerin beschäftigt wurde, stellt sich vielmehr als eine Art Lehranstalt dar, und ist getrennt von der nebenher bestehenden gewerbsmäßigen Schneiderei. Die Beschwerdeführerin ist demnach als Schülerin und nicht als Lehrling anzusehen und unterliegt infolgedessen auch nicht der Versicherungspflicht. (Vgl. auch ArbVers. 1915 S. 361 und Reger, Entsch. 32 S. 462 ff.)

b)

Die Beschwerde gegen diese Entscheidung wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Es handelt sich im vorliegenden Falle um die Frage, ob die Haustochter N. N., als sie in der Zeit vom 1. bis 22. Dezember 1915 und vom 15. Januar 1916 bis 1. April 1916 bei der Schneiderin Frl. B. in B. die Schneiderei erlernte, Lehrling im Sinne des § 165 RVO. gewesen ist, ob sie demgemäß mit dem Beginne dieser Tätigkeit versicherungspflichtiges Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse in B. wurde und damit nicht mehr berechtigt war, sich, wie bisher, freiwillig bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse L. in B. weiterzuversichern. Als „Lehrling" würde die N. N. nur dann anzusehen sein, wenn sie zum Zwecke ihrer Fachausbildung zu der Schneiderin in ein Beschäftigungsverhältnis getreten wäre. (Anleitung des RVA. über den Kreis nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Ziff. 39 Abs. 1.) Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor, wie das Versicherungsamt zutreffend ausgeführt hat .... (Dies wird im Anschluß an die Gründe des Versicherungsamts näher ausgeführt.)

c)

Eine geprüfte Schneidermeisterin beschäftigt Lehrmädchen, die zunächst die Damenschneiderei gewerbsmäßig erlernen, aber kein Lehrgeld zahlen, vielmehr nach Ablauf eines Jahres regelmäßig Lohn erhalten. Sie arbeiten für Rechnung und Gefahr der Schneiderin und lernen mehrere Jahre lang. Sie beabsichtigen in der Regel nach Beendigung der Lehrzeit die Damenschneiderei im Hauptberuf entweder als Gehilfin für fremde Rechnung oder selbständig für eigene Rechnung, aber für fremde Personen auszuüben. Diese Lehrmädchen, die zweifellos nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. versicherungspflichtig sind, werden ordnungsgemäß zur Versicherung angemeldet. Außerdem arbeiten aber bei der Schneiderin noch junge Mädchen und Frauen, die die Damenschneiderei nur für den Hausbedarf lernen. Diese Kurse, die nur einige Monate zu dauern pflegen, werden von den Teilnehmern bezahlt. In ihnen wird in der Regel nichts für die Schneiderin gearbeitet, sondern jedes Lehrmädchen bringt sich ihre Arbeit aus seinem Hause mit und erledigt sie nach Belehrung und unter Aufsicht der Meisterin. Nur falls nicht genügendes Material mitgebracht wird, werden Arbeiten für die Lehrmeisterin mit erledigt. Diese Lehrmädchen kommen nur unregelmäßig und stundenweise.

Die Ortskrankenkasse hat auch diese Lehrmädchen als versicherungspflichtig in Anspruch genommen, weil § 165 Abs. 1 Ziff. 1 Lehrlinge „aller Art" umfasse. Das Versicherungsamt entschied jedoch im entgegengesetzten Sinne, weil die Mädchen nicht als Erwerbsgehilfen der Schneiderin für diese, sondern als Lernende, die niemals zu Gehilfen aufrücken wollen, für sich arbeiten. — Das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde der Kasse zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Digitized by Google

Die erkennende Beschlußkammer war der Auffassung, daß Lehrmädchen hier fraglicher Art nicht unter die Lehrlinge des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. fallen. Es ist durch die Beweiserörterungen vom 15. Januar 1917 festgestellt worden, daß alle hier in Frage kommenden Lehrmädchen bei der Damenschneiderin Schl. nur so viel lernen wollten, als sie von der Schneiderei für sich und den Hausbedarf einmal brauchen würden. Schon die Kürze der Lehrzeit ergibt mit Sicherheit den Schluß, daß sie in der kurzen Ausbildungszeit nicht so viel dort gelernt haben können, als sie für die Ausübung des Schneiderinnenberufes im Gewerbsleben brauchen. Diese Lehrmädchen sind lediglich auf der Entwicklungsstufe zur Arbeiterin stehen geblieben und können daher nicht als versicherungspflichtige Lehrlinge im Sinne der erwähnten Gesetzesbestimmung erachtet werden. Es kommt noch hinzu, daß sie ausdrücklich versichert haben, bei Eingehung des Lehrverhältnisses niemals die Absicht gehabt zu haben, selbst Damenschneiderin zu werden. Sie können daher für die Zeit ihrer Beschäftigung bei der Schl. nicht als versicherungspflichtige Lehrlinge im Sinne der Reichsversicherungsordnung erachtet werden, da ihnen eine gewerbliche Fachausbildung, auf Grund deren sie zu Gehilfinnen hätten emporsteigen können, nicht zuteil geworden ist.

Aderverkalkung (Arteriosklerose) als Krankheit? Hinzutreten eines anderen Leidens.

Urteil des **Sächs. Landesversicherungsamts** vom 25. November 1916 (K. 18).

Der Korsettnäher U. in L. hatte wegen Erkrankung an Arterienverkalkung (Arteriosklerose) für 26 Wochen Krankenhilfe erhalten. Nach vier Wochen meldete er sich wegen Ischias erneut als arbeitsunfähig an und beanspruchte Krankengeld, das ihm vom Versicherungsamt wie vom Oberversicherungsamt verweigert wurde, weil er bis zur erneuten Inanspruchnahme der Kasse fortgesetzt ärztlicher Behandlung bedürftig gewesen sei. Das Landesversicherungsamt hob indessen die Entscheidung auf und verwies die Sache an die Vorinstanz zurück mit folgender Begründung:

Die angefochtene Entscheidung geht von dem richtigen, in Rechtsprechung und Rechtslehre anerkannten, auch vom entscheidenden Senate wiederholt ausgesprochenen Grundsatze aus, daß, wenn ein Kassenmitglied die Kassenleistungen voll erhalten hat, auch beim Auftreten einer anderen Krankheit die Voraussetzung für abermaliges Eintreten der Kasse nur dann erfüllt ist, wenn das Befinden des Kranken eine Zeitlang derart gewesen ist, daß er weder der ärztlichen Behandlung oder Anwendung von Heilmitteln bedurfte, noch arbeitsunfähig war. Die Vorinstanzen gründen ihre Ansicht, daß diese Voraussetzung bei U. nicht erfüllt sei, auf ein ärztliches Zeugnis. Der Arzt, der U. wegen „Arteriosklerose, vorzeitigem Altern", behandelt hatte, spricht sich aber lediglich wie folgt aus: „Nach meiner Meinung ist U. aus seiner früheren Erkrankung fortgesetzt ärztlicher Behandlung bedürftig gewesen. Seine jetzige Krankheit — Ischias — ist als eine neue anzusehen."

Nun ist zwar U. nicht älter als 57 Jahre, aber vorzeitig gealtert. Gleichwohl möchte es nach den Erfahrungen des täglichen Lebens bedenklich erscheinen, ohne weiteres bei Arteriosklerose zu folgern, daß eine fortlaufende ärztliche Behandlung notwendig sei. Denn Arteriosklerose ist bei fortschreitendem Lebensalter eine so häufige Krankheit, die meist überhaupt nicht ärztlich behandelt wird. Bei U. ist zudem nicht die Arteriosklerose, sondern die neu hinzugekommene Ischias die Ursache für die erneute ärztliche Hilfe gewesen. Die gekennzeichnete Schlußfolgerung würde im Ergebnisse dahin führen, daß für U., wenn sich nicht sein Zustand wider Erwarten einmal bessern sollte, das Recht auf Krankenhilfe infolge der bestehenden Arteriosklerose wegen der daraus folgenden andauernden Notwendigkeit fortgesetzter Heilbehandlung für alle Zukunft versagt wäre. Nach Ansicht der erkennenden Instanz kann es daher nicht für genügend begründet erachtet werden, aus den wenigen Worten des Arztes die Fortdauer des früheren Versicherungsfalles bedenkenfrei herzuleiten. (Aktenzeichen 18/K.)

Begriff der Arbeitsunfähigkeit; Begründung des ärztlichen Gutachtens.

Urteil des **Versicherungsamts Hamburg** vom 23. Januar 1917 (2473/16 K).

Die Landesversicherungsanstalt hat dem am 10. Juni 1897 geborenen Laufburschen M. auf seinen Antrag vom 12. Mai bis zum 7. Juli 1916 ein Heilverfahren im Erholungsheim gewährt und fordert unter der Behauptung, daß M. in der Kurzeit arbeitsunfähig gewesen sei, auf Grund des § 1518 Abs. 2 RVO. von der beklagten Krankenkasse als Ersatz ihrer Aufwendungen das satzungsmäßige Krankengeld mit 57 ℳ; die Beklagte verweigert die Zahlung, weil M. am 27. April 1916 vom Kassenarzt, der ihn am 18. März 1916 für arbeitsunfähig erklärt hatte, wieder für arbeitsfähig erklärt worden sei.

Der Vertrauensarzt der Klägerin erklärte in seinem über die Notwendigkeit des Heilverfahrens erstatteten Gutachten vom 25. April 1916, der Zustand des Kranken habe sich seit einem Jahr kaum geändert, und es scheine sich also um einen rasch vorschreitenden Prozeß nicht zu handeln; er möchte deshalb jetzt ein Heilverfahren befürworten. Invalidität nahm der Gutachter nicht an, befürchtete aber ihr Eintreten in absehbarer Zeit; wohl aber erachtete er M. für arbeitsunfähig, und zwar seit dem 18. März 1916, seit welchem Tage er unter Seitenstichen und Kurzluftigkeit leiden wollte und ja auch vom Kassenarzt arbeitsunfähig geschrieben worden war. Dieser hatte ihm nach den von der Beklagten überreichten Rezepten dreimal Kakaoferrin verordnet und ihn, nachdem sich danach der Schwächezustand gehoben hatte, zum 28. April 1916 für wieder arbeitsfähig erklärt, worauf er die frühere

Digitized by Google

Tätigkeit wieder aufnahm und bis zum Beginn des Heilverfahrens fortsetzte. Nach dem Zwischenbericht und dem Schlußbericht über das Heilverfahren besserte sich das Allgemeinbefinden, und die Krankheitserscheinungen gingen zurück; der Sanatoriumsarzt bezeichnete diese Erscheinungen nur als gering und erachtete Erwerbsfähigkeit für geraume Zeit als voll oder nahezu voll vorhanden, wenn auch ihr Bestand nicht außer Frage gestellt erschien; nicht ganz so günstig beurteilte der Vertrauensarzt den Fall, denn er hatte die Krankheitserscheinung als ausgeprägter bezeichnet und spricht nur von einer wesentlich aufgebesserten und die Annahme von Invalidität ausschließenden Erwerbsfähigkeit. Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Beide Ärzte aber äußerten sich übereinstimmend dahin, daß M. während der ganzen Kurzeit arbeitsunfähig gewesen sei, und zwar deshalb, weil er nur unter der Gefahr, dadurch seinen Zustand zu verschlimmern, seine frühere Erwerbstätigkeit hätte fortsetzen können. Wenn trotzdem die Beklagte Arbeitsunfähigkeit bestreitet, deren Bestehen die Klägerin unter Berufung auf die Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsger. vom 17. Oktober 1901 lediglich durch objektive, regelmäßig von ärztlichen Sachverständigen festzustellende Merkmale nachweisbar und hier nachgewiesen erachtet, so tut sie das einmal unter Hinweis auf den Verlauf der kassenärztlichen Behandlung und dann mit der Begründung, daß nach dem in der von der Klägerin angezogenen Entscheidung ausgesprochenen Grundsatz schlechthin in jedem Falle eines Heilverfahrens Arbeitsunfähigkeit nachweisbar sei. Darin aber geht die Beklagte zu weit; der in der Entscheidung ausgesprochene Grundsatz ist als richtig anzuerkennen, nur ist natürlich erforderlich, daß in den auf Arbeitsunfähigkeit lautenden Gutachten das Ergebnis auch überzeugend begründet wird, und daran fehlt es hier.

Schon gleich nach Bewilligung des Heilverfahrens, also noch vor dessen Beginn, hatte die Klägerin die Beklagte ersucht, die Verpflichtung zur Krankengeldzahlung anzuerkennen, doch hatte die Beklagte das abgelehnt, weil M. inzwischen vom Kassenarzt für arbeitsfähig befunden worden war; auf nochmaliges Ersuchen hatte dann die Beklagte unter Hinweis auf die Verschiedenheit in der Begutachtung des Falles durch den Vertrauensarzt und den Kassenarzt erklärt, sie müsse auf einem nach Schluß der Kur vom Sanatoriumsarzt auszustellenden Zeugnis, worin das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit während der Kur überzeugend nachgewiesen werde, bestehen, und diese Erklärung übersandte die Klägerin am 31. Mai 1916, also als die Kur eben begonnen hatte, dem Sanatoriumsarzt zur Kenntnis und mit dem Ersuchen, „bei Entlassung des M. der uns von Ihnen zu erteilenden ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit die vorseitig gewünschte Begründung zufügen zu wollen." Daraufhin haben der Sanatoriumsarzt und nach ihm der Vertrauensarzt die Arbeitsunfähigkeit wegen Verschlimmerungsgefahr bescheinigt.

Das Schreiben vom 31. Mai 1916 zeigt nun klar und deutlich, daß die Klägerin unter allen Umständen ein auf Arbeitsunfähigkeit lautendes Gutachten erwartete und nur eine besondere Begründung verlangte; sie hat ganz offenbar mit der Möglichkeit, daß das Gutachten auch anders ausfallen könnte, gar nicht gerechnet. Schon diese Art des Zustandekommens spricht aber gegen die Beweiskraft der von der Klägerin für ihren Standpunkt angeführten Gutachten; es kam in erster Linie auf eine ärztliche Äußerung darüber an, ob überhaupt Arbeitsunfähigkeit bestand, und die Entscheidung dieser Frage hatte die Klägerin den Gutachtern schon vorweggenommen, wenn sie für die ihr „zu erteilende Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit" nur „die gewünschte Begründung" verlangte.

Diese Begründung ist auch nicht überzeugend: Es handelte sich hier nicht um eine Arbeitsunfähigkeit, die schlechthin jede weitere Tätigkeit verbot, sondern in Frage kam nur die Arbeitsunfähigkeit, die Weiterarbeiten zwar zuließ, indessen nur unter der Gefahr der Verschlimmerung des krankhaften Zustandes. Arbeitsunfähigkeit in diesem Sinne aber ist, da mit der Möglichkeit einer solchen Verschlimmerung schließlich immer gerechnet werden kann, ein außerordentlich dehnbarer Begriff, der strengste Auslegung erfordert. Es muß die Verschlimmerung bis zur völligen Aufhebung der Leistungsfähigkeit drohen, und zwar in absehbarer Zeit, und die Gefahr muß bedingt sein eben durch die Fortsetzung der bisherigen Erwerbstätigkeit, so daß es also auch auf deren Art, insbesondere darauf ankommt, ob sie etwa aus örtlichen, zeitlichen oder sonstigen Gründen den Zustand des Kranken besonders ungünstig beeinflußt. Geht man aber von diesen Gesichtspunkten aus, so kann Arbeitsunfähigkeit in der Kurzeit nicht angenommen werden. Handelte es sich doch um einen leichten Fall eines Lungenleidens, der seit etwa Jahresfrist sich gleich geblieben war, und zwar trotz Fortsetzung der Erwerbstätigkeit; sie hatte also den Zustand nicht ungünstig beeinflußt.

Nach Sachlage kann es gar keinem Zweifel unterliegen, daß ebensogut für jede andere Zeit, in die das lediglich zur Abwendung drohender Invalidität eingeleitete Heilverfahren hätte fallen können, Arbeitsunfähigkeit hätte behauptet werden können; wie sie aber für andere Zeiten zu verneinen ist, ist sie auch zu verneinen für die Zeit, in die das Heilverfahren nun gerade gefallen ist, denn das Heilverfahren allein begründet ja nicht ohne weiteres die Annahme der Arbeitsunfähigkeit.

Dieser Zustand lag allerdings vor, als der Vertrauensarzt den Kranken zuerst begutachtete, denn damals hatte sein Zustand sich verschlimmert, und deshalb hielt ihn auch der Kassenarzt für arbeitsunfähig; diese Verschlimmerung aber hatte sich durch das ihm vom

Digitized by Google

Kassenarzt verordnete Mittel gehoben, so daß er noch vor Beginn der Kur wieder für arbeitsfähig erklärt wurde; er nahm denn auch seine Tätigkeit wieder auf und würde sie, und zwar wie früher, d. h. ohne dadurch seinen Zustand zu verschlimmern, fortgesetzt haben, wenn nicht das Heilverfahren ihn daran gehindert hätte; die Kurzluftigkeit und die Stiche, derentwegen der Vertrauensarzt seinerzeit Arbeitsunfähigkeit angenommen hatte, hätten ihn offenbar auch nicht daran gehindert, denn nach der Kur hat der Vertrauensarzt ihn für erwerbsfähig und nicht mehr für arbeitsunfähig gehalten, obwohl die Kurzluftigkeit noch bestand, die Stiche werden verschwunden gewesen sein, als der Kassenarzt ihn arbeitsfähig schrieb, denn später werden sie nicht mehr erwähnt. Mithin fehlt der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit während der Kurzeit, die nach Sachlage auch nicht einmal anzunehmen ist, und damit entfällt die Ersatzforderung der Klägerin.

Anmerkung: Die Entscheidungsgründe erscheinen nicht einwandfrei. Was hier gegenüber dem Anspruch der Landesversicherungsanstalt zur Geltung gebracht ist, müßte, wenn überhaupt, selbstverständlich auch gegenüber dem Krankengeldanspruch des Versicherten selbst gelten. Es geht aber kaum an, zu sagen: Der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld sei erst dann begründet, wenn dem Versicherten bei Fortsetzung der bisherigen Erwerbstätigkeit in absehbarer Zeit eine Verschlimmerung seiner Krankheit „bis zur völligen Aufhebung der Leistungsfähigkeit" droht! Das würde einen für den Versicherten höchst bedenklichen und auch kaum im wohlverstandenen Interesse der Kasse liegenden Druck und Zwang bedeuten. Es muß genügen, daß mit der Fortsetzung der Berufstätigkeit eine wesentliche, d. h. eine solche Verschlimmerung der Krankheit verbunden sein würde, daß die Einstellung der Arbeit vernünftig erscheint.

Keine Abmeldepflicht des Arbeitgebers, wenn durch seinen Beitritt zu einer Innung seine Arbeiter von der Ortskrankenkasse zur Innungskrankenkasse übergehen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Februar 1917 (II K. 770/16).

Der Gastwirt Max Z. ist am 15. September 1915 der Gastwirte-Innung als Mitglied beigetreten. Von diesem Zeitpunkt an waren die von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen bei der Innungskrankenkasse dieser Innung versichert, während sie bis dahin der Allgemeinen Ortskrankenkasse angehört hatten. Die Innungskrankenkasse hat von Z. vom 15. September 1915 ab die satzungsmäßigen Beiträge verlangt. Aber auch die Allgemeine Ortskrankenkasse hat von ihm noch die nach ihrer Satzung berechneten Beiträge für den Monat September 1915 eingezogen. Z. hat die Rückzahlung der an diese Kasse für die Zeit vom 15. bis 30. September 1915 gezahlten Beiträge beansprucht, da er zur Leistung von Beiträgen an zwei Kassen für denselben Zeitraum nicht verpflichtet sei. Die Allgemeine Ortskrankenkasse hat die Zurückzahlung der Beiträge verweigert, weil Z. von seinem Übertritt zur Innungskrankenkasse der Beschwerdeführerin entgegen der Vorschrift des § 317 Abs. 1 und 2 und § 318 Abs. 2 RVO. keine Meldung gemacht und die von ihm Beschäftigten erst am 30. September 1915 bei der Kasse abgemeldet habe. Das Versicherungsamt hat sich dieser Auffassung nicht angeschlossen und den Anspruch auf Rückzahlung für begründet erachtet. Auf Beschwerde der Kasse hat das Oberversicherungsamt die Sache nach §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Dieses hat die Beschwerde als unbegründet zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Kasse will zunächst eine Verpflichtung des Z. zur Abmeldung der von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen aus § 318 Abs. 2 RVO. in Verbindung mit einer entsprechenden Bestimmung ihrer Satzung herleiten. Hiernach sind Änderungen in den Verhältnissen, welche nach der Satzung für die Berechnung der Beiträge erheblich sind, binnen der Meldefrist anzuzeigen. Die aus § 49 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes übernommene Vorschrift des § 318 Abs. 2 RVO. beruht jedoch auf der Erwägung, daß namentlich Kassen mit verschiedenen Mitgliederklassen wegen der Beitrags- und Unterstützungssätze wissen müssen, in welchen Lohnverhältnissen sich der Angemeldete befindet (zu vgl. die Begr. der Gesetzesvorlage vom 22. November 1890 über die Änderung des Gesetzes, betr. die Krankenversicherung der Arbeiter vom 18. Juni 1883 S. 6). Sie bezweckt also, die Kassen über Veränderungen auf dem Laufenden zu halten, die während fortbestehender Kassenmitgliedschaft eintreten. Um einen solchen Fall handelt es sich vorliegend nicht. Hier kommt eine Meldung in Betracht, die erstattet werden soll, weil die Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse beendet ist. Eine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Meldung in solchem Falle läßt sich auch nicht, wie die Kasse weiter meint, aus § 317 RVO. herleiten. Nach dieser Vorschrift haben die Arbeitgeber jeden von ihnen Beschäftigten binnen drei Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung und binnen der gleichen Frist auch Änderungen, welche die Versicherungspflicht berühren, zu melden. Nun werden aber vorliegend, wie nicht bestritten, die Versicherungspflichtigen unverändert von ihrem Arbeitgeber weiterbeschäftigt. Insbesondere hat auch keine Änderung des Beschäftigungsortes stattgefunden. Dadurch unterscheidet sich auch dieser Fall von dem der Entscheidung des Badischen Verwaltungsgerichtshofs vom 14. Mai 1907 (ArbVers. 1908 S. 209), durch die unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes eine Abmeldung verlangt wurde. Ob das nach dem Recht der Reichsversicherungsordnung noch zutrifft, kann dahingestellt bleiben. Der Entscheidung dieser Frage soll nicht vorgegriffen werden. Vorliegend konnte weder ein Ende der Beschäftigung noch eine Änderung des Beschäftigungsverhältnisses angenommen werden, so daß die Vorschrift des § 317 RVO. nicht anwendbar ist. Da es für eine ordnungsmäßige Geschäftsführung bei den Ortskrankenkassen in der Tat erwünscht sein kann, daß die Kassen von

Digitized by Google

jeder Änderung des Mitgliederbestandes baldigst Kenntnis erhalten, so ist dieses Ergebnis wenig befriedigend. Es ist für die Ortskrankenkasse um so unerfreulicher, weil auch entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin die Vorschrift des § 73 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes für das Recht der Reichsversicherungsordnung nicht sinngemäß gilt. Nach der bezeichneten Vorschrift wurden versicherungspflichtige Angehörige einer Ortskrankenkasse, deren Arbeitgeber der Innung nach der Errichtung der Innungskrankenkasse beitreten, erst mit Beginn des neuen Rechnungsjahres und nur dann Mitglieder der Innungskrankenkasse, wenn der Arbeitgeber drei Monate zuvor dem Vorstand der Ortskrankenkasse seinen Eintritt in die Innung nachgewiesen hatte. Diese Vorschrift ist absichtlich in die Reichsversicherungsordnung nicht übernommen worden. Sie erschien nach der Begr. zu §§ 320, 321 des Entw. einer RVO. (S. 195) entbehrlich, da, wie angenommen wurde, ihr Zweck, die bestehenden Ortskrankenkassen gegen eine plötzliche erhebliche Minderung des Mitgliederbestandes zu schützen, wegen der erhöhten Bestandsfähigkeit der genannten Kassen durch die vorgesehene Zentralisierung wesentlich an Bedeutung verloren hätte. Ob diese Annahme zutrifft, ist hier nicht zu untersuchen. Der Senat hatte nur festzustellen, daß der Gesetzgeber für Fälle der vorliegenden Art von einer den Ortskrankenkassen entgegenkommenden Vorschrift bewußt abgesehen hat. Im Wege der Rechtsprechung kann Abhilfe nicht geschaffen werden. Das ist um so weniger möglich, weil Vorschriften wie in § 317 RVO., die zu Lasten des Arbeitgebers getroffen sind, deren Übertretung nach § 397 empfindliche Vermögensnachteile und nach § 531 sogar eine Bestrafung nach sich ziehen kann (zu vgl. auch Hoffmann, Zur Abmeldung Beschäftigter, Zentralbl. der Reichsverf. 1916 Sp. 869), nicht im Wege der Rechtsprechung über ihren Wortlaut hinaus ausdehnend angewendet werden dürfen. So lange hier der Gesetzgeber nicht eingreift, kann daher eine Verpflichtung des Arbeitsgebers zur Abmeldung der von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen bei der Ortskrankenkasse im Falle seines Beitritts zu einer bereits bestehenden freien Innung nicht anerkannt werden. Inzwischen wird das Reichsversicherungsamt versuchen, durch Verhandlungen mit dem Verbande der Innungskrankenkassen den sich für die Ortskrankenkassen ergebenden Unzuträglichkeiten wenigstens dadurch abzuhelfen, daß die Innungskrankenkassen in Zukunft von jedem Beitritt eines Arbeitgebers der in Betracht kommenden Ortskrankenkasse freiwillig Mitteilung machen.

C. Zur Unfallversicherung.

Selbstversicherter Schmied, der beim Beschlagen seines in eigener Landwirtschaft verwendeten Pferdes verunglückt, von der Schmiede-Berufsgenossenschaft zu entschädigen.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 28. März 1916.

Das RVA. hat zwar in einer noch nach altem Recht ergangenen Entscheidung vom 7. Oktober 1913 ausgesprochen, daß ein selbstversicherter Landwirt und zugleich selbstversicherter Schmiedemeister, der seiner Kuh zum Nutzen der Landwirtschaft ein Hufeisen aufschlagen wollte und hierbei von der Kuh verletzt werde, einen Unfall beim landwirtschaftlichen und nicht beim gewerbsmäßigen Schmiedebetrieb erleide. Von dieser Entscheidung ist der erkennende Senat aber in dem vorliegenden, im wesentlichen gleichartigen Falle abgewichen. Er ist davon ausgegangen, daß ein Handwerker, der die besonderen Einrichtungen seines gewerbsmäßigen Betriebs und seine fachmännischen Kenntnisse nicht ausschließlich für fremde Kunden, sondern gelegentlich auch für die Bedürfnisse seiner eigenen Wirtschaft nutzt, auch in dem letztgenannten Falle eine Tätigkeit ausübt, die wegen ihres engen ursächlichen Zusammenhanges mit dem gewerbsmäßigen Betriebe diesem zugerechnet werden muß. Zwar steht die Tätigkeit des Verletzten im vorliegenden Falle wegen ihrer Zweckbestimmung auch zu seinem landwirtschaftlichen Betriebe in enger Beziehung. Indessen ist der Senat der Ansicht, daß ihr Zusammenhang mit dem Schmiedebetriebe ein innigerer ist, und zwar deshalb, weil die Art der ausgeübten Tätigkeit sie unmittelbar in den Betrieb der Schmiede weist und die Verletzung die Folge einer dem Schmiedebetriebe eigentümlichen Gefahr gewesen ist. Dementsprechend ist die Schmiede-Berufsgenossenschaft für verpflichtet erklärt worden, den Unfall zu entschädigen.

Der Verweisung der Sache an den Großen Senat bedurfte es nicht, weil die nach altem Recht ergangene Entscheidung vom 7. Oktober 1913 als nicht grundsätzlich bezeichnet und demgemäß auch nicht veröffentlicht worden ist. (Breithaupt.)

Digitized by Google

Ausnutzung landwirtschaftlichen Gespannes für Privatzwecke dem landwirtschaftlichen Betriebe zuzurechnen.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 14. April 1916.

Das Reichsversicherungsamt hat Bedenken getragen, die Anfuhr der Ziegelsteine als eine Bauarbeit anzusehen. Der Verletzte fuhr die Ziegel an, wenn er gerade Zeit hatte, sein Gespann frei war und die Wege gut passierbar waren. Der Zeitraum zwischen der Anfuhr und dem geplanten Bau war daher ein sehr langer, er belief sich auf mehr als ¾ Jahre. Ob der Verletzte außer der Anfuhr noch weitere Arbeiten für den Bau übernehmen würde, stand zur Zeit der Anfuhr noch gar nicht fest. Bei solcher Sachlage kann die Anfuhr nur als eine gelegentliche Ausnutzung des landwirtschaftlichen Gespanns für die privaten Zwecke des Betriebsunternehmers angesehen werden. Es fragt sich nun, ob die Ausnutzung noch unter den Schutz der landwirtschaftlichen Unfallversicherung fällt.

Nach § 537 Abs. 1 Nr. 7 RVO. unterliegt im Gegensatz zum früheren Recht das Halten von Fahrzeugen der gewerblichen Unfallversicherung und nach § 921 sind Tätigkeiten, die ihrer Art nach der gewerblichen Unfallversicherung bei einer Zweiganstalt oder einer Versicherungsgenossenschaft unterliegen, bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, welcher der Unternehmer mit Betriebstätigkeiten derselben Art angehört, versichert, wenn diese die anderen Tätigkeiten überwiegen. Nach der Absicht des Gesetzgebers sollte die Vorschrift des § 921 nicht nur die einheitliche Versicherung solcher Tätigkeiten, die an sich teils bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, teils bei einer Zweiganstalt oder Versicherungsgenossenschaft gewerblich versichert wären, erzielen, man beabsichtigte vielmehr auch eine Ausdehnung des Schutzes der Unfallversicherung für selbstversicherte Unternehmer. Diese Absicht ist bei der Beratung des § 926 RVO. (§ 921 des Entw.) in der Reichstagskommission ausgesprochen worden. Dort wurde allseitig anerkannt, daß im Gegensatz zum bisherigen Recht ein landwirtschaftlicher Besitzer versichert sein müsse, der seine Pferde zur Musterung, ob sie für den Krieg Verwendung finden könnten, vorführe. Von einer Verwirklichung dieser Absicht im § 926 wurde nur im Hinblick auf den in der Reichstagskommission beschlossenen § 921 RVO. (§ 917 b des Entw.) abgesehen. Auch aus den Ausführungen zu § 921 selbst geht hervor, daß die Reichstagskommission durch den § 921 besonders den selbstversicherten Unternehmer, sei er Landwirt oder Fuhrunternehmer, miterfassen wollte; wurde doch auch hier die Unhaltbarkeit der bisherigen Rechtslage, daß der Landwirt und Fuhrwerksbesitzer bei der Vorführung seiner Pferde zur militärischen Musterung nicht unter dem Schutze der reichsgesetzlichen Unfallversicherung stehe, als selbstverständlich anerkannt. Im Anschluß hieran wurde seitens eines Regierungsvertreters ausgeführt, „daß Tätigkeiten, wie das Halten von Reittieren und Fahrzeugen, das nach § 560 Nr. 7 der Unfallversicherung unterliege, dann, wenn der Unternehmer solcher Tätigkeiten schon als gewerblicher oder landwirtschaftlicher Betriebsunternehmer mit gleichartigen Betriebstätigkeiten versichert sei (so der Fuhrunternehmer mit seinem Fuhrwerksbetrieb, der Landwirt mit den landwirtschaftlichen Arbeiten, die er mit Pferden und Gespannen verrichte) zusammen mit diesen Betriebstätigkeiten einheitlich versichert sein sollten, wenn letztere überwiegend seien".

Dem Gedanken des Gesetzgebers ist der XXVII. ordentliche Berufsgenossenschaftstag vom 31. Mai 1913 laut Bericht S. 19 gerecht geworden. Dort ist folgende Entschließung gefaßt worden: „Werden von einem Unternehmer Fahrzeuge sowohl in einem gewerblichen Betriebe als auch zu Privatzwecken so verwendet, daß ein wirtschaftlicher Zusammenhang der Tätigkeiten für den Betrieb und für Privatzwecke besteht — Verwendung derselben Betriebsmittel usw. —, so gelten für die versicherungsrechtliche Zugehörigkeit der Fahrtätigkeit folgende Sätze: 1. überwiegen die Fahrtätigkeiten für den Betrieb, so ist die gesamte Tätigkeit nach § 631 Abs. 1 RVO. als Bestandteil des Betriebs bei der zuständigen Berufsgenossenschaft zu versichern."

Wenn man auch durch Aufstellung dieses Grundsatzes die versicherungsrechtliche Zugehörigkeit der Kutscher und Chauffeure regeln wollte und kaum an die selbstversicherten Unternehmer gedacht hat, so kann doch der Grundsatz, gegen dessen praktische Anwendung seitens des Reichsversicherungsamts bisher Bedenken nicht erhoben worden sind, ohne weiteres auch auf die Unternehmerversicherung angewendet werden. Wird nunmehr anerkannt, daß bei Verwendung derselben Betriebsmittel und beim Überwiegen der Fahrtätigkeiten für den Betrieb Fuhren für Privatzwecke Bestandteile des versicherten Betriebs sind, so ergibt sich daraus die Erstreckung der Unternehmerversicherung auch auf Fuhren der letztbezeichneten Art. Denn grundsätzlich ist der Umfang der Unternehmerversicherung — abgesehen von §§ 546 und 924 RVO. — derselbe wie bei den kraft Gesetzes versicherten Arbeitern. Und daß die Versicherung der in einem versicherten Betriebe beschäftigten Arbeiter alle Bestandteile des Betriebs umfaßt, ist niemals zweifelhaft gewesen.

Durch die Reichsversicherungsordnung hat hiernach die Unternehmerversicherung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung eine nicht unwesentliche Ausdehnung erfahren. Es kann aber nicht bezweifelt werden, daß damit nur eine Lücke des bisherigen Rechts ausgefüllt worden ist. Schon nach der bisherigen Rechtsprechung erstreckte sich die Unfallversicherung der selbstversicherten Unternehmer nicht nur

Digitized by Google

auf Fuhrwerksbetriebe, die Nebenbetriebe eines landwirtschaftlichen Betriebs sind, sondern auch auf die Ausführung vereinzelter Lohnfuhren mit einem gewöhnlich nur in der Landwirtschaft verwendeten Gespanne. Ein wirtschaftlicher Unterschied zwischen solchen gelegentlichen Lohnfuhren und der gelegentlichen Ausnutzung des landwirtschaftlichen Gespanns für eigene Privatzwecke besteht regelmäßig nicht. Denn meist wird sich der Landwirt durch Nutzung des eigenen Gespanns für seine Privatzwecke die Annahme eines fremden Gespanns und damit die Kosten für ein solches ersparen; der Vorteil, den der Landwirt in beiden Fällen aus seiner landwirtschaftlichen Gespannhaltung zieht, ist dann der gleiche.

Kein Ausscheiden aus dem versicherten Betrieb durch eine kurze, gelegentliche Hilfeleistung.

Rek. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 27. März 1916 (A. 311/15).

Der Bauer W. war eines Tages auf dem Felde beschäftigt, als er auf der nahen Landstraße einen Mann mit einem Pferd daherkommen sah, der sich vergeblich bemühte, das störrische Tier zu besteigen. Auf seinen Zuruf ging W. zu ihm hin und wollte ihm beim Aufsteigen helfen, wurde aber dabei von dem Pferde verletzt. Die Vorinstanzen haben seinen Entschädigungsanspruch abgewiesen, weil kein Betriebsunfall vorliege, das Rekursgericht hat ihn anerkannt.

W. hatte, wie er angibt, den Unbekannten für einen Landmann gehalten; in Wirklichkeit war er Bediensteter der städtischen Straßenreinigungsgesellschaft in A. Dieser Umstand ist ohne Belang.

Der Zeitraum zwischen dem Augenblick des Hinzutrittes des W. und seines sofort unternommenen Versuchs zur Hilfeleistung und dem unmittelbar darauf eingetretenen Unfall war, worüber die Bekundungen von Zeugen keinen Zweifel lassen, so kurz, daß nicht daran gedacht werden kann, die Beteiligten hätten eine außerhalb des Zweckes der erbetenen Hilfeleistung liegende Besprechung gepflogen oder einander vorgängig oder gleichzeitig nach Namen, Stand usw. gefragt. So erklärt es sich auch, daß der Verletzte noch an Ort und Stelle sofort nach dem Unfall dem gleichfalls in der Nähe mit Grasmähen beschäftigt gewesenen Zeugen K. auf dessen Befragen den Führer des Pferdes, das den Unfall verursacht hatte, als einen „ihm unbekannten Mann" bezeichnete.

Daß W., wie er behauptet, seine Hilfeleistung im Sinne nachbarlicher Gefälligkeit vorgenommen hat, ist daher vollkommen glaubwürdig und im Einklange wie mit der gegebenen Sachlage, so auch mit der regel- und gleichmäßigen landläufigen Übung, wonach der Landmann dem Landmann unter derartigen Umständen nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit die erbetene Hilfeleistung nicht versagt, mag der um seine Hilfe Angegangene den hierum Anrufenden persönlich näher oder gar nicht kennen.

Wenn nun der Unfallverletzte unter solchen Umständen und aus solchem Beweggrunde seine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit zu einer gelegentlichen und schnell vorübergehenden Hilfeleistung, die ihrer Natur nach von vornherein offensichtlich nur ganz kurze Zeit in Anspruch nahm, unterbrach, so war er bei dieser Hilfeleistung für den fremden Betrieb — mag dieser geartet sein, wie immer — in letzterem nicht über- und aus seinem landwirtschaftlichen Betriebe nicht ausgetreten. Es besteht deshalb auch kein Anlaß, die Art jenes fremden Betriebs zu ermitteln und festzustellen und auf die im angefochtenen Urteil aufgeworfene Frage weiter einzugehen, „ob die vom Kläger geleistete Beihilfe zum Besteigen des ungesattelten Pferdes durch den Straßenreinigungsbediensteten als eine der Landwirtschaft eigentümliche Verrichtung anzusehen ist, nachdem auf dem Lande und auch in der Gegend, in der der Kläger wohnt, das Halten von Reitpferden kaum üblich ist". Hierzu sei nur bemerkt, zunächst, daß W., wie oben dargelegt, den, dem er seine Beihilfe zum Besteigen des Pferdes leistete, nicht für einen Straßenreinigungsbediensteten, sondern für einen Bauern oder Dienstknecht hielt. Andererseits läuft es keineswegs der täglichen Erfahrung „auf dem Lande und auch in der Gegend, wo der Kläger wohnt", zuwider, es wird vielmehr durch sie bestätigt, daß der Landmann nicht selten sein Pferd, mag es sich um ein Fuhr- oder Ackerpferd oder -Gespann handeln, sei es, daß es zur Arbeit oder zur Schwemme geführt oder von dort zurückgeführt wird, zum Aufsitzen benützt.

(„Berufsgenossenschaft")

Sprechsaal.

Der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt wegen überhobener Rentenbeträge im Falle des Ruhens der Rente. Bedeutung des § 621 RVO.

Die Arbeiterin M. Sch. hatte von der Landesversicherungsanstalt vom 5. Februar 1901 ab die gesetzliche Invalidenrente im Jahresbetrage von 151,80 ℳ bewilligt erhalten, die zunächst wegen einer gleichfalls bezogenen Unfallrente teilweise ruhte, infolge Herabsetzung der Unfallrente aber vom 1. Januar 1902 ab wieder voll zur Auszahlung gelangte. Trotz ihrer Invalidität fand die Sch. auch nach dem 1. Februar 1901 Beschäftigung, in welcher sie im Mai 1915 einen zweiten Betriebsunfall erlitt. Es kam infolgedessen zu der früheren Unfallrente eine weitere Unfallrente von einer anderen Berufsgenossenschaft hinzu, so daß nunmehr die Invalidenrente gemäß § 1301 RVO. vom 1. Juni 1915 ab bis auf den kleinen Betrag von 7,20 ℳ jährlich hätte zum Ruhen gebracht werden müssen. Der Bezug der zweiten Unfallrente

Digitized by Google

ist der Landesversicherungsanstalt aber erst am 10. März 1916 durch Mitteilung des Postamts bekannt geworden, so daß die Invalidenrente erst mit Ende des Monats März zur Einstellung gebracht werden konnte. Wegen des infolgedessen überhobenen Betrages von 120,50 ℳ forderte die Versicherungsanstalt von der Rentenempfängerin Ersatz, indem sie sich gleichzeitig mit ratenweiser Abtragung der Schuld aus den Unfallrentenbezügen zufrieden erklärte. Frau Sch. verweigerte indessen jede Zahlung. Um im Wege Pfändung der Unfallrente (§ 621 RVO.) zu ihrem Recht zu kommen, beantragte nunmehr die Versicherungsanstalt gegen Frau Sch. den Erlaß eines Zahlungsbefehls, gegen welchen aber prompt Einspruch erhoben wurde. In dem anschließenden Rechtsstreit wies das Amtsgericht Bremen durch Urteil vom 11. Januar 1917 die Klage ab mit folgender Begründung:

„Der Anspruch der Klägerin charakterisiert sich als ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung und ist auf Grund des § 812 BGB. in Verbindung mit den §§ 1311, 1301 RVO. an sich begründet. Auch gegen die ziffermäßige Berechnung des Anspruchs ist nicht zu erinnern. Beklagte wendet gegen den Anspruch ein, daß sie nicht mehr bereichert sei (§ 818 Abs. 3 BGB.). Sie beruft sich zum Beweise auf das Armutszeugnis der Polizeidirektion. Das Gericht trägt keine Bedenken, den Einwand der Beklagten für stichhaltig zu halten. Aus dem Armutszeugnis ergibt sich, daß die Beklagte ohne Vermögen und Arbeit ist und lediglich auf die aus den Prozeßakten ersichtlichen Renten zum Lebensunterhalt angewiesen ist. Diese Renten sind aber, selbst wenn man die zu Unrecht erhobene Rente zum vollen Betrage hinzuzählt, derart gering, daß ihr Betrag — besonders auch im Hinblick auf die bestehende Teuerung — nicht einmal ausreicht, um den notdürftigen Lebensunterhalt der Beklagten zu fristen. Das Gericht nimmt daher ohne weiteres an (§ 286 ZPO.), daß die Beklagte die zu viel erhobenen Beträge (es kommt für die Zeit von 10 Monaten nur ein Betrag von monatlich 12 ℳ in Frage) vollständig verbraucht hat und weiterhin die ihr jetzt noch zustehenden Renten auch vollständig verbraucht hat, so daß eine Bereicherung, die auch im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs als wirtschaftlicher Begriff aufzufassen ist, nicht mehr vorliegt. Die Sachlage ist nach Ansicht des Gerichts auch nicht etwa derart, daß die Beklagte durch das Verbrauchen der ihr nicht zukommenden Rentenbeträge sich anderweitige Ausgaben, die sie von den ihr zustehenden Einkünften hätte bestreiten müssen, erspart hat. Die Beklagte hat, wie das Gericht annimmt, auch alle ihr zustehenden Einkünfte neben der ihr nicht zukommenden Rente ausgeben müssen, um sich nur den allernotwendigsten Lebensunterhalt zu verschaffen."

Diese Entscheidung, gegen deren Begründung kaum etwas einzuwenden ist, würde für die Anwendung des § 621 RVO. von weittragender Bedeutung sein, wenn man der hier auch von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte vertretenen Auffassung (vgl. Düttmann, Anm. 4 zu § 1523 RVO.) folgen und den Landesversicherungsanstalten die Befugnis zugestehen wollte, auch für Rentenbeträge, die nach den Vorschriften über das Ruhen der Rente überhoben sind, aus der Unfallrente Ersatz zu fordern. Gegen den Willen des Rentenberechtigten würde dies nur im Wege der Pfändung möglich sein, und dazu gehört wieder ein vollstreckbarer Titel, dessen Erlangung aber, wie der obige Fall beweist, unter den Verhältnissen, in denen die Rentenempfänger meist leben, wieder leicht vereitelt werden kann.

Meines Erachtens läßt sich indessen die oben erwähnte Befugnis aus dem Gesetz nicht herleiten. § 261 handelt ausdrücklich nur von Ersatzansprüchen aus § 1522, nicht auch von solchen aus § 1523 des Gesetzes. Daraus muß, zumal auch die Begründung zu § 1523 und § 621 Gegenteiliges über die Absicht des Gesetzgebers nicht ergibt, und § 621 als Ausnahmebestimmung eng auszulegen ist, gefolgert werden, daß Ersatzansprüchen für überzahlte Beträge einer ruhenden Rente, kein Pfändungsvorrecht auf die Unfallrente zustehen sollte. Daran kann es auch nichts ändern, daß § 621 alsdann überhaupt keine praktische Bedeutung mehr haben würde. Diese erst von der Reichstagskommission in II. Lesung in den Entwurf hineingebrachte Bestimmung wollte den Ersatzforderungen aus §§ 1501, 1522 und 1528 nachträglich das Pfändungsrecht verleihen, weil sie in dem generell das Pfändungsvorrecht bei Renten- usw. -forderungen regelnden § 119 keine Erwähnung gefunden hatten. Dabei ist aber offenbar übersehen worden, daß es sich in den fraglichen Paragraphen — im Gegensatz zu der Mehrzahl der Fälle des § 119 — um Ersatzforderungen handelt, welche nicht dem Rentenberechtigten, sondern unmittelbar der Berufsgenossenschaft gegenüber bestehen, die sich auch bei Nichtzustimmung der Rentenberechtigten*) ihrer Befriedigung aus der Unfallrente innerhalb der gesetzlichen Grenzen nicht entziehen kann. Es bedarf also für die ersatzberechtigten Versicherungsträger gar nicht des Umwegs einer Pfändung der Unfallrente, die überdies auch schon deshalb juristisch nicht durchführbar sein würde, weil der dazu erforderliche vollstreckbare Titel gegen den Unfallrentenberechtigten zwar nach bürgerlichem Recht an sich erreichbar sein, die vollstreckbare Forderung aber dann nicht, wie § 631 es verlangt, auf §§ 1501, 1522, 1528 RVO., sondern eben auf dem bürgerlichen Recht beruhen würde.

In der Tat entbehrt also der § 621 RVO. jedes praktischen Inhalts, und es wäre wünschenswert, wenn bei der nächsten Revision der Reichsversicherungsordnung diesem Mangel abgeholfen und im § 621 nicht die auf §§ 1501, 1522 und 1528 gegründeten Ersatzforderungen, sondern gerade die dort nicht erwähnten Ansprüche der Versicherungsträger auf Erstattung überhobener Leistungen oder, wie es im § 96 Abs. 1 Nr. 3 GUVG. allgemein hieß, alle „Forderungen der Krankenkassen sowie der Versicherungsanstalten" gegen den Rentenberechtigten das Pfändungsvorrecht erhielten.

Landesrat Illing in Lübeck.

*) Diese hat höchstens ein Streitverfahren aus § 1526 RVO. über die Berechtigung des Ersatzanspruchs zwischen den Beteiligten zur Folge und damit unter Umständen eine aufschiebende Wirkung.

Dürfen außergerichtliche Kosten des Spruchverfahrens auch in der Vorentscheidung festgesetzt werden?

In dem die „Feststellung im Spruchverfahren" betreffenden 2. Abschnitt des 6. Buches der Reichsversicherungsordnung wird für das Verfahren vor dem Versicherungsamt im § 1670 Abs. 1, für das Oberversicherungsamt im § 1679 Abs. 1 bestimmt, daß „bei der Verhandlung" von Amts wegen zu prüfen ist, ob und in welchem Betrage die unterlegene Partei dem Gegner seine Kosten zu erstatten hat. Abs. 2 des

Digitized by Google

§ 1670 (vgl. § 1679) bezeichnet als die Form zur Ausführung dieser Vorschrift die Festsetzung im Urteil, d. h. in der Urteilsformel. Sieht man nur auf die oben gestellte Frage und die im § 1670 zum Ausdruck gekommene allgemeine Absicht des Gesetzgebers, daß bei der Erledigung einer Spruchsache durch Entscheidung auch über den Kostenpunkt mitentschieden werden soll, so wird man ohne weiteres zur Bejahung der Frage kommen; betrachtet man aber den Wortlaut, so wird man in Zweifel kommen. Durch seine Fassung scheint nämlich der § 1670 Abs. 1 hinsichtlich der Kostenfrage etwas anderes vorschreiben zu wollen als § 1657, der dem Vorsitzenden des Spruchausschusses oder (gemäß § 1679 Abs. 1) der Spruchkammer die Befugnis einräumt, „in allen Sachen ohne mündliche Verhandlung eine Vorentscheidung zu treffen". Der Unterschied liegt darin, daß der § 1670 Abs. 1 die Prüfung der Kostenfrage ausschließlich zu einem Gegenstand der mündlichen Verhandlung macht, während der § 1657 zwar die Möglichkeit zuläßt, eine Sache ohne solche Verhandlung zu erledigen, die Kostenfrage aber unberührt läßt. Bei wörtlicher Durchführung würde demnach die Festsetzung außergerichtlicher Verfahrenskosten nur bei Erledigung der Spruchsache durch Urteil des Spruchausschusses oder der Spruchkammer möglich sein, während bei Erlaß einer Vorentscheidung (sofern sie unangefochten bleibt) der Kostenpunkt unter den Tisch fiele. Daß diese Auslegung in der Absicht des Gesetzgebers gelegen hätte, ist nicht anzunehmen, da weder rechtliche noch sachliche Gründe vorliegen, weshalb die Berücksichtigung des Kostenpunktes, die durch den § 1670 zu einem Anspruch der Parteien wird, je nach der Art der Entscheidung der Sache gänzlich unterbleiben sollte.

Man kann, um diesem Zwiespalt zu begegnen, auch nicht folgern, § 1670 Abs. 1 bezwecke mit den Worten „wird von Amts wegen geprüft", es dürfe in der Vorentscheidung — im Gegensatz zu dieser Prüfung — nur auf Antrag über den Kostenpunkt entschieden werden. Für eine derart unterschiedliche Behandlung eines und desselben Gegenstandes spricht kein Grund, um so weniger, als in den die Vorentscheidung behandelnden Paragraphen über den Kostenpunkt überhaupt nichts gesagt ist, so daß ein Gegensatz zu späteren Paragraphen, insbesondere zum § 1670 nicht geschaffen ist.

Zwingt demnach die Überlegung dazu, den § 1670 Abs. 1 entsprechend auf die Vorentscheidung anzuwenden, so befindet sie sich gleichwohl im Widerspruch zu dem buchstäblichen Wortlaut der Vorschrift, und es wäre vielleicht bei einer Revision des Gesetzes angezeigt, den Zweifel zu beseitigen, indem man dem § 1657 hinzufügt: „§ 1670 gilt entsprechend". Damit würde zugleich vermieden, daß — unter Vereitelung des Vereinfachungszweckes der Vorentscheidung — die mündliche Verhandlung vor dem Spruchausschuß oder der Spruchkammer einzig wegen der Übergehung des Kostenpunktes (in der noch nicht rechtskräftigen Vorentscheidung) herbeigeführt werden müßte.

Regierungssekretär H. Baum in Coblenz.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Verordnung über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten

v. 24. Februar 1917 — hier abgedruckt im Heft 8 S. 177 — werden folgende amtlichen Erläuterungen mitgeteilt:

Zum Abschnitt I. Allgemeine Vorschriften.

Zu § 1. Ein sehr großer Teil derjenigen Deutschen, die im vaterländischen Hilfsdienst im Sinne des Reichsgesetzes vom 5. Dezember 1916 beschäftigt werden, setzt nur seine schon vor dem Hilfsdienstgesetz ausgeübte Tätigkeit in unveränderter Weise fort (zu vgl. § 2 d. Hilfsdienstges.). Damit bleibt auch seine versicherungsberechtigte Stellung unverändert. Den gleichen Arbeitsbedingungen aber unterstehen auch diejenigen, welche erst auf Grund der Vorschriften des Hilfsdienstgesetzes in eine Beschäftigung eintreten, die sich danach als eine solche im vaterländischen Hilfsdienst darstellt, während der Dauer dieser Beschäftigung. Es ist daher nur billig und angemessen, daß sie auch in Hinsicht auf die soziale Versicherung ihren Mitarbeitern aus der ersteren Gruppe dem Grundsatz nach gleichgestellt werden. Dem kann auch der Umstand nicht entgegengehalten werden, daß viele Angehörige der zweiten Gruppe vor dieser Tätigkeit im vaterländischen Hilfsdienst versicherungsfrei waren und es nach deren Beendigung voraussichtlich wieder sein werden. Denn, wenn man ihre Beschäftigung aus dem angegebenen Grunde wohl auch als eine nur vorübergehende bezeichnen könnte, so würde dabei dem Begriffe des „Vorübergehenden" doch eine ganz andere und wesentlich ausgedehntere Bedeutung beigelegt werden, als es die einschlägigen Vorschriften unserer Versicherungsgesetze und die auf Grund ihrer erlassenen Bundesratsvorschriften tun. Für das Gebiet der Kranken- und Unfallversicherung jedenfalls ist die voraussichtliche Dauer der Tätigkeit lang genug, um die Sicherung durch die soziale Fürsorge erwünscht erscheinen zu lassen.

Zu den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung, die nach § 1 Abs. 1 anzuwenden sind, gehören nicht nur die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und des Versicherungsgesetzes für Angestellte, sondern auch die über Arbeiter- und Angestelltenversicherung erlassenen späteren Gesetze und Verordnungen des Bundesrats, so beispielsweise für das Gebiet der Krankenversicherung die Gesetze, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung und betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334 und 337), für das Gebiet der Angestelltenversicherung die Bekanntmachung über die Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097).

Das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst gilt nach seinem § 1 nur für Männer vom vollendeten siebzehnten bis zum vollendeten sechzigsten Lebensjahre. Bei jüngeren und älteren männlichen Personen sowie bei Frauen kann also, streng genommen, von einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst nicht gesprochen werden. Gleichwohl ist ihre Beteiligung in diesem Dienste erwünscht, wie die Frauen ja auch durch öffentliche Aufrufe zur Beteiligung

Digitized by Google

aufgefordert worden sind. Soweit sie danach eine Beschäftigung ausüben, die bei hilfsdienstpflichtigen Männern eine solche im Sinne des Gesetzes über den Hilfsdienst bildet, empfahl es sich ihnen versicherungsrechtlich die gleiche Stellung wie diesen Männern einzuräumen. Zur Vermeidung von Zweifeln mag darauf hingewiesen werden, daß durch § 1, wenn er dem Rechnung trägt, die Invaliden- und Angestelltenversicherung nicht etwa auf männliche Personen vor vollendetem sechzehnten Lebensjahre (§ 1226 RVO., § 1 VersGes. f. Angest.) erstreckt wird, die Aufrechterhaltung dieser Altersgrenze folgt daraus, daß die Hilfsdienstpflichtigen nicht schlechthin in die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung einbezogen, sondern nur den darüber erlassenen Vorschriften unterstellt, mithin auch von der durch diese Vorschriften gegebenen Abgrenzung des Versicherungskreises betroffen werden. Für die Angestelltenversicherung gilt hiernach auch die allgemeine Vorschrift des § 1 Abs. 3 VersGes. f. Angest., wonach Personen, die beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung das Alter von 60 Jahren vollendet haben, der Versicherungspflicht nicht unterliegen.

Zu § 2. Die Vorschriften dieser Verordnung werden in verschiedenen Beziehungen durch die Bestimmungen in den Satzungen der Versicherungsträger nicht gedeckt und können ihnen teilweise sogar widersprechen. Dieser Umstand würde an sich eine Änderung der Satzungen bedingen. Eine solche würde aber für die Versicherungsträger und Versicherungsbehörden eine starke geschäftliche Belastung herbeiführen; auch hält es infolge der zahlreichen Einberufungen zum Heeresdienste schwer, die Organe der Versicherungsträger zu beschlußfähigen Sitzungen zusammenzuberufen. Mit Rücksicht hierauf und da die Vorschriften Maßnahmen von immerhin nur vorübergehender Dauer anordnen, ist die Notwendigkeit solcher Satzungsänderungen nach dem Vorgang früherer Verordnungen (zu vgl. z. B. § 6 der Bek. vom 3. Dezember 1914, RGBl. S. 492, § 10 der Bek. vom 5. Juli 1916, RGBl. S. 655) ausgeschlossen worden. Als Versicherungsträger im Sinne dieser Vorschrift gelten auch die Ersatzkassen.

Zu Abschnitt II. Krankenversicherung.

Eine versicherungspflichtige Hilfsdiensttätigkeit werden unter Umständen auch Personen übernehmen, die sonst vermöge ihrer günstigeren sozialen Stellung nicht dem Kreise der gegen Krankheit Versicherten angehören. Dieser Umstand konnte jedoch keinen ausreichenden Grund dafür abgeben, für die bezeichnete Gruppe hier Ausnahmen von der Versicherung auszusprechen. Gegenstand der Krankenversicherung sind nicht, wie bei der Angestellten- sowie der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, Renten, sondern Leistungen an Krankenhilfe, Wochenhilfe und Sterbegeld. Diese Leistungen, und zwar namentlich die Krankenhilfe, werden bei der durch den Krieg hervorgerufenen Verteuerung der Lebenshaltung vielfach auch solchen Personen erwünscht sein, die sonst nicht berufsmäßig versicherungspflichtig beschäftigt werden. Überdies werden solche Personen im allgemeinen mehr mit Dienstleistungen höherer Art beschäftigt werden, die sie als Angestellte im Sinne des § 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO. erscheinen lassen. Dann sind sie nur versicherungspflichtig, wenn die Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet. Dazu ist, wie das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung 2045 (Amtl. Nachr. 1915 S. 578) ausgesprochen hat, erforderlich, daß die Beschäftigung in sozialer und wirtschaftlicher Beziehung für den Beschäftigten von ausschlaggebender Bedeutung ist. Von diesem Gesichtspunkt aus hat das Reichsversicherungsamt in jener Entscheidung einen Oberstleutnant a. D., der ein Ruhegehalt bezog und bei einer Behörde gegen Entgelt beschäftigt war, als versicherungsfrei erachtet. Bei Anwendung dieser Grundsätze wird die Versicherungspflicht in den hier in Betracht kommenden Fällen vielfach zu verneinen sein. Soweit das nicht möglich ist, und die Beteiligten selbst nicht wünschen, der Krankenversicherung zu unterliegen, können sie dies dadurch erreichen, daß sie auf die Gewährung eines Entgelts verzichten.

Auch eine Erweiterung oder Einschränkung des Begriffs der vorübergehenden Dienstleistung, wie er in den Vorschriften der Bek. vom 17. November 1913 über die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht (RGBl. S. 756) enthalten ist, ist gegenüber den im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten nicht geboten. Eine Erweiterung würde zu dem unerwünschten Ergebnis führen, daß eine größere Anzahl von Personen, denen die Einbeziehung in die Krankenversicherung willkommen ist, davon ausgeschlossen wird. Eine Einschränkung aber kommt deshalb nicht in Frage, weil die Grenzen, welche die Bekanntmachung für den Begriff der vorübergehenden Dienstleistung zieht, schon sehr eng bemessen sind.

Nach § 173 RVO. werden Personen, die nur zu einem geringen Teil arbeitsfähig sind, von der Versicherungspflicht befreit, wenn der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband einverstanden ist. Auch diese Vorschrift bedürfte für die im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten keiner Änderung, zumal da die Bundesregierungen den Armenverbänden eine besonders eingehende Prüfung aller Befreiungsgesuche zur Pflicht machen können, und meist schon gemacht haben.

Der Umstand, daß viele Personen auf Grund des Hilfsdienstgesetzes Art und Ort ihrer Beschäftigung wechseln, bedingt für sie vielfach eine Unterbrechung ihres bisherigen Versicherungsverhältnisses. Damit ihnen daraus keine Nachteile für jetzt und späterhin erwachsen, bedurfte es namentlich auf dem Gebiete der Krankenversicherung einer Reihe von Sondervorschriften, welche die im nachfolgenden besprochenen Paragraphen enthalten.

Zu § 3. Auf Grund des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst werden auch berufsmäßige gewerbliche Arbeiter unter Umständen als landwirtschaftliche Arbeiter beschäftigt werden. Da sie alsdann nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung regelmäßig den Landkrankenkassen anzugehören haben, die im allgemeinen niedrigere Leistungen als die gewerblichen Krankenkassen gewähren, insbesondere den Ortslohn als Grundlohn gewähren können, würden sie bei Erkrankungen vielfach ungünstiger gestellt sein, als wenn sie in ihrer bisherigen Kasse verblieben wären. Ebenso können auch diejenigen Personen durch Zuweisung zu einer Landkrankenkasse mit Leistungen nach dem Ortslohn geschädigt werden, die vorher zwar auch land- und forstwirtschaftliche Arbeiter u. dgl. waren, aber bei ihrer bisherigen Kasse sich eines günstigeren Grundlohns als der Ortslohn zu erfreuen hatten. Es entsprach der Billigkeit, hiergegen Abhilfe zu schaffen. Dabei war aber zu berücksichtigen, daß die Verpflichtung zum vaterländischen Hilfsdienst ebenso wie die Pflicht zum Heeresdienst allen Männern in einem bestimmten Alter ohne Unterschied ihrer wirtschaftlichen und sozialen Stellung obliegt. Aus diesem Gesichtspunkt

Digitized by Google

mußten zu weit gehende Unterschiede in der versicherungsrechtlichen Behandlung der berufsmäßigen gewerblichen und der bisher hinsichtlich des Grundlohns günstiger gestellten landwirtschaftlichen Arbeiter einerseits und der in einem gleichen Betriebe tätigen, bisher schon auf den Ortslohn angewiesenen berufsmäßigen landwirtschaftlichen Arbeiter anderseits vermieden werden. Es ist daher davon abgesehen worden. Nach § 3 sollen deshalb Personen, die eine landkassenpflichtige Beschäftigung erst auf Grund des Hilfsdienstgesetzes übernehmen oder neu wieder übernehmen, vorher aber auf Grund einer anderen Beschäftigung mit einem anderen Grundlohn als dem Ortslohn versichert waren, als Facharbeiter im Sinne des § 181 Abs. 2 RVO. gelten, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob sie als solche oder als gewöhnliche land- und forstwirtschaftliche Arbeiter, Dienstboten u. dgl. tätig sind. Dadurch wird ermöglicht, daß die Beschäftigten nach den höheren Grundlöhnen für Facharbeiter entschädigt werden, während anderseits den Landkrankenkassen keine Beiträge entgehen. Hinsichtlich der Frage, während welcher Zeit die Versicherung bei einer anderen Krankenkasse und bei Zugrundelegung eines günstigeren Grundlohns bestanden haben muß, schließt sich die Verordnung den Vorschriften in den §§ 214, 313 RVO. an. Es wird daher verlangt, daß der Beschäftigte in dem letzten Jahre vor der landkassenpflichtigen Beschäftigung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen bei einer anderen Kasse versichert war und daß für ihn während der gleichen Mindestzeit ein anderer Grundlohn als der Ortslohn galt. Die Voraussetzung dieser früheren Versicherung braucht nur beim erstmaligen Eintritt in die landkassenpflichtige Beschäftigung, nicht also z. B. auch dann gegeben zu sein, wenn der Pflichtige eine landkassenpflichtige Beschäftigung durch Aufnahme einer gewerblichen Tätigkeit im Hilfsdienst unterbricht, demnächst aber wieder in eine landkassenpflichtige Beschäftigung eintritt.

Der erörterten Vorschrift des § 3 bedarf es nur, wenn die Betreffenden jetzt einer Land- oder Ortskrankenkasse angehören, bei welcher für sie nach der Satzung der Ortslohn als Grundlohn gilt (zu vgl. § 181 Abs. 1, 3 RVO.) und sie dort nicht ohnehin als Betriebsbeamte und dergleichen eine Ausnahmestellung haben.

Es ist nun folgerichtig, daß die Hilfsdienstleistenden der hier besprochenen Art auch von den sonstigen Sonderbestimmungen befreit bleiben, welche die Reichsversicherungsordnung in ihren §§ 418 bis 425 für die regelmäßig in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Arbeiter zuläßt. Für Arbeitgeber, deren landwirtschaftliche Arbeiter im übrigen gemäß § 418 RVO. befreit sind, mag die Notwendigkeit, diese Hilfsdienstpflichtigen zur Krankenkasse anzumelden, eine gewisse Unbequemlichkeit bedeuten. Die Rücksicht auf die Arbeitgeber muß aber hier gegenüber derjenigen auf die Hilfsdienstleistenden zurücktreten. Die Befreiung landwirtschaftlicher Arbeiter nach § 418 und die Zurücknahme des Befreiungsantrags nach § 419 ist gesetzlich an die Voraussetzung geknüpft, daß davon die sämtlichen Arbeiter dieser Art bei demselben Arbeitgeber getroffen werden. Damit den Arbeitgebern die Erfüllung dieser Voraussetzung hinsichtlich ihrer sonstigen Arbeiter möglich bleibt, wird ausdrücklich vorgeschrieben, daß jener Voraussetzung auch trotz der Nichtmeldung der hier behandelten Hilfsdienstpflichtigen genügt wird.

Zu § 4. Schreibt die Satzung einer Krankenkasse für das Recht auf deren Leistungen oder Mehrleistungen eine Wartezeit vor (zu vgl. §§ 207, 209, 451 RVO.) und muß ein Mitglied vor Erfüllung dieser Wartezeit infolge seiner Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst aus der Kasse ausscheiden, so läuft es Gefahr, daß der bisher zurückgelegte Teil der Wartezeit ihm infolge der Unterbrechung für eine spätere Anrechnung verloren geht. Eine Benachteiligung von Versicherten kann ferner infolge ihrer Hilfsdiensttätigkeit in den Fällen eintreten, in denen ein Recht aus der Versicherung davon abhängig gemacht ist, daß eine Versicherung von einer gewissen Dauer, und zwar innerhalb der entweder größeren oder gleichgroßen Zeit zwischen einem bestimmten Anfangs- oder Endtermine, vorangegangen ist (vgl. z. B. §§ 195, 198, 200, 208 Satz 2, § 214 Abs. 1, § 313 Abs. 1 RVO.). Das Dazwischentreten der Hilfsdienstbeschäftigung kann hier dazu führen, daß es dem Betreffenden unmöglich gemacht wird, die vorgeschriebene Versicherungsdauer innerhalb der bestimmten Zeit zurückzulegen. Diese Härten lassen sich dadurch vermeiden, daß die Zeit der Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst hier für nicht anrechnungsfähig erklärt, das heißt so angesehen wird, als sei sie gar nicht vorhanden, ähnlich wie es schon jetzt mit der Zeit der Erfüllung der Dienstpflicht in Heer und Marine (§ 209 RVO.) und der Zeit der Leistung von Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten (§ 2 Abs. 1 der Bek. betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 16. November 1916 RGBl.) der Fall ist. § 4 schreibt dies in allgemeiner Fassung vor. Er trägt zugleich der Möglichkeit Rechnung, daß viele der im Hilfsdienst Tätigen nicht alsbald nach dem Ausscheiden aus dem Hilfsdienst eine die Versicherung begründende Beschäftigung finden werden. Deshalb stellt er hinsichtlich der Nichtanrechnung eine Zeit der Erwerbslosigkeit bis zu 6 Wochen der Zeit der Hilfsdiensttätigkeit selbst gleich, soweit sie in die ersten 6 Wochen nach dem Ausscheiden aus der letzteren fällt. Hierbei wird dem Vorgang des § 2 Abs. 2 der Bek., betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) gefolgt.

Zu beachten ist noch folgendes: Die Wartezeiten nach der Reichsversicherungsordnung müssen bei derselben Kasse zurückgelegt werden; dagegen genügt es in den Fällen der oben angegebenen zweiten Art regelmäßig, daß ein Versichertsein überhaupt, d. h. ohne Rücksicht auf die fortgesetzte Zugehörigkeit zu derselben Kasse, vorangegangen ist. Soweit nun die Tätigkeit im vaterländischen Hilfsdienst versichert ist, ist sie auf die vorgeschriebene Versicherungsdauer anrechnungsfähig und kann deshalb zu keiner Benachteiligung des Versicherten hinsichtlich des Ablaufs der Zeit führen. Es genügt also hier, die Fälle zu treffen, in denen die Hilfsdiensttätigkeit — beispielsweise wegen der Höhe des Entgelts — versicherungsfrei ist und deshalb das zeitweise Ausscheiden aus der Versicherung überhaupt bewirkt. Einen Sonderfall bildet die Zeit von mindestens 6 Monaten, die § 199 RVO. fordert, sie muß bei derselben Kasse zurückgelegt werden, obgleich sie nicht unter den Begriff der Wartezeit fällt. Deshalb ist wegen ihrer Wirkung die ausdrückliche Gleichstellung mit einer Wartezeit erforderlich.

Durch § 2 des Ges., betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) ist für Kriegsteilnehmer eine Reihe von Vergünstigungen bei der Zurücklegung einer Wartezeit vorgesehen. Diese kommen den im Hilfsdienst Beschäftigten größten-

Digitized by Google

teils schon nach § 4 Abs. 1 der vorliegenden Vorschriften zugute. Soweit dies nicht der Fall oder zweifelhaft sein sollte, beispielsweise hinsichtlich der Vorschrift im § 2 Satz 3 des angezogenen Gesetzes, wonach eine Zeit, für welche die Beiträge weitergezahlt werden, auf die Wartezeit angerechnet wird, sollen die betreffenden Vorschriten nach § 4 Abs. 3 entsprechend angewandt werden.

Zu § 5. In gewissen Fällen erleiden die Versicherten bei der Reichsversicherung durch einen Aufenthalt im Ausland Rechtsnachteile (zu vgl. § 216 Abs. 1 Nr. 2, §§ 214, 313 RVO.). Hinsichtlich der §§ 214, 313 sind die Nachteile für Kriegsteilnehmer durch § 1 des Ges., betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, vom 4. August 1914 und die Bek., betr. § 214 Abs. 3 RVO. v. 4. Juni 1916 (RGBl. S. 516) beseitigt worden. Da die im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten durch einen Aufenthalt im Ausland in ihren Versicherungsverhältnissen ebenfalls nicht benachteiligt werden dürfen, wird im § 5 eine allgemeine Bestimmung dieserhalb getroffen.

Zu § 6. Das Recht zur Weiterversicherung darf nach § 313 RVO. nur bei derjenigen Krankenkasse ausgeübt werden, aus welcher der Versicherte ausscheidet. Die im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten werden unter Umständen infolge der Beschäftigung zu einer anderen Krankenkasse übertreten, namentlich, wenn sie an einem anderen Orte als ihrem bisherigen Wohnort beschäftigt werden. Sie werden dann nach Beendigung der Beschäftigung, wenn sie wieder in ihre bisherigen Lebensverhältnisse zurücktreten, vielfach den Wunsch haben, sich bei ihrer früheren Kasse weiterzuversichern. Dieser Wunsch kann beispielsweise der Rücksicht auf die Vorschrift des § 193 Abs. 3 RVO. oder auf die leichtere Erreichbarkeit der alten Kasse oder dem Umstand entspringen, daß der Weiterversicherte bei ihr hinsichtlich seiner Mitgliederklasse oder Lohnstufe günstiger gestellt ist als bei der neuen Kasse. An der Zeit, in welcher der Wille zur Weiterversicherung der beteiligten Kasse angezeigt werden muß, wird durch das hier gegebene Wahlrecht nichts geändert.

Wählt der Betreffende die Weiterversicherung bei seiner früheren Kasse, so ist der Wiederbeitritt zu ihr, soweit es sich um ihre Leistungspflicht handelt, billigerweise ähnlich zu behandeln wie der freiwillige Eintritt zur Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse überhaupt, soweit es sich um eine zu diesem Zeitpunkt etwa bereits bestehende Erkrankung handelt (zu vgl. § 310 RVO.). Es darf nicht der Willkür des Versicherten überlassen bleiben, welche der beiden in Betracht kommenden Kassen mit den Kosten für diese Erkrankung belastet werden soll. Vielmehr bleibt hier die Kasse, der er zuletzt angehört hat, leistungspflichtig und zwar so, als wenn der Betreffende sich für die Weiterversicherung bei ihr entschieden hätte. Es wird aber zugleich dafür gesorgt, daß ein Erkrankter nicht dadurch, daß die frühere Kasse die Leistung für eine schon bestehende Krankheit ablehnt, bis zum Austrag der Sache überhaupt ohne Fürsorge bleibt. Er kann daher auch im Falle, daß eine schon bestehende Krankheit festgestellt wird, verlangen, daß die frühere Kasse vorläufig eintritt. sie hat dann der anderen binnen acht Tagen den Eintritt des Versicherungsfalles mitzuteilen (zu vgl. § 220 RVO.), damit diese dann ihre eigenen Rechte wahrnehmen kann. Die andere Kasse kann auch ihrerseits die vorläufige Durchführung des Heilverfahrens durch die frühere Kasse verlangen. In beiden Fällen muß aber die andere Kasse der früheren die vollen Aufwendungen ersetzen. Die sonst in der Reichsversicherungsordnung bei ähnlichen Ersatzforderungen vorgeschriebenen Pauschbeträge kommen hier nicht zur Anwendung.

Zu § 7. Krankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung sind nach § 225 nur Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, nicht aber knappschaftliche Krankenkassen. Es entspricht jedoch der Billigkeit, die für die Versicherten günstigen Bestimmungen dieser Verordnung auch auf Mitglieder von knappschaftlichen Krankenkassen anzuwenden. § 7 stellt daher diese Krankenkassen den Krankenkassen im Sinne der Verordnung gleich.

Zu § 8. Ebenso wie hinsichtlich der Mitglieder von knappschaftlichen Krankenkassen wird die Anwendung der für die Mitglieder von Krankenkassen geltenden Vorschriften der Verordnung für diejenigen Mitglieder von Ersatzkassen vorgeschrieben, welche auch nach der Reichsversicherungsordnung für die Mitgliedschaft bei Krankenkassen in Frage kommen. Diese Gruppe ist hier ebenso abgegrenzt worden wie im § 20 der Bek., betr. Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges, vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) und im § 2 der Bek., betr. Krankenversicherung bei Ersatzkassen, vom 5. Juli 1916 (RGBl. S. 655), umfaßt mithin nicht nur diejenigen Mitglieder, die gleichzeitig Zwangsmitglieder einer Krankenkasse sind.

In den Satzungen von Ersatzkassen finden sich häufig Bestimmungen, nach denen Mitglieder, die aus dem Kassenbezirke verziehen, aus der Kasse ausscheiden. Das Reichsversicherungsamt hat in der Revisionsentsch. 2178 (Amtl. Nachr. 1916 S. 426) ausgesprochen, daß unter Verziehen im Sinne solcher Bestimmungen nur die Verlegung des Wohnsitzes zu verstehen sei. Eine Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst wird unter Umständen mit einem Wechsel des Wohnsitzes verbunden sein und würde dann das Ausscheiden des Mitgliedes aus der Ersatzkasse zur Folge haben. Auch sonst können die Satzungen von Ersatzkassen Bestimmungen enthalten, durch welche Mitglieder bei Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst benachteiligt werden. Um dies zu vermeiden, wird vorgeschrieben, daß solche Bestimmungen nicht gegen das Mitglied geltend gemacht werden dürfen.

Nach § 434 RVO. gelten für die in der Landwirtschaft Beschäftigten, mit Ausnahme der Gärtner sowie der vorübergehend in der Landwirtschaft beschäftigten gewerblichen Arbeiter, die §§ 503, 517 bis 520 RVO. nicht. Landwirtschaftlich Beschäftigte sind also, von diesen Ausnahmen abgesehen, nicht befugt, sich durch den Beitritt zu einer Ersatzkasse von der Beitragspflicht bei der zuständigen Zwangskasse zu befreien. Es unterliegt jedoch keinem Bedenken, dieses Recht solchen Personen einzuräumen, die eine landwirtschaftliche Beschäftigung erst nach dem Inkrafttreten des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst und voraussichtlich nur für dessen Geltungsdauer übernehmen. Diese Personen werden vielfach die Mitgliedschaft bei einer Zwangskasse vermeiden wollen und daher den Wunsch haben, einer Ersatzkasse beizutreten oder in ihr zu verbleiben. Es wird daher vorgeschrieben, daß solche Personen den vorübergehend in der Landwirtschaft beschäftigten gewerblichen Arbeitern gleichstehen. Durch die Beschränkung des Personenkreises auf solche Personen, welche eine landwirtschaftliche Beschäftigung erst nach dem Inkrafttreten des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst und voraussichtlich nicht über dessen Geltungsdauer hinaus übernehmen, wird verhütet, daß berufsmäßige landwirtschaftliche Arbeiter einer Ersatzkasse mit der Wirkung der §§ 517 ff. bei-

Digitized by Google

treten, wodurch die Vorschrift des § 434 tatsächlich ihre Bedeutung verlieren würde.

Zu § 9. Eine Tätigkeit im vaterländischen Hilfsdienst wird vielfach auch im Ausland, namentlich in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland, vor sich zu gehen haben. Es entspricht der Billigkeit, daß den dort auf diese Weise von deutschen Arbeitgebern beschäftigten Deutschen die Wohltaten der Krankenversicherung, soweit es möglich ist, in gleicher Weise zugewendet werden, wie wenn die Tätigkeit im Inland stattfände. Nun ist im wesentlichen die Krankenversicherung im besetzten Ausland bereits von der Bekanntmachung, betreffend Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland, vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1383) erfaßt worden. Unmittelbar angeordnet wird die Versicherung gegen Krankheit im § 1 der genannten Bek. allerdings nur für solche Arbeiter, welche von deutschen Arbeitgebern für Zwecke der Heeres- oder Marineverwaltung beschäftigt werden. Für solche Arbeiter, welche von der Heeres- oder Marineverwaltung unmittelbar beschäftigt werden oder welche bei anderen deutschen Behörden oder für deren Zwecke bei deutschen Unternehmern tätig sind, geben die §§ 8 und 9 jener Bek. nur die Möglichkeit einer Erstreckung der Versicherung. Letzteres ist mit Rücksicht darauf geschehen, daß die betreffenden Verwaltungen für diese Gruppen von Beschäftigten großenteils schon in Anlehnung an die Vorschriften der §§ 169 ff. RVO. anderweit auf dienstpragmatischem Wege eine Fürsorge für den Krankheitsfall getroffen haben. Die meisten der innerhalb der besetzten Gebiete im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten werden hiernach auf die eine oder andere Weise schon versorgt sein. Immerhin werden vereinzelte Ausnahmen vorkommen können. Sie werden durch die im § 9 getroffene Vorschrift gedeckt. Die Versicherung der Beteiligten wird sich unschwer auf dem in der Bek. vom 14. Dezember 1916 vorgesehenen Wege, d. h. also unter Heranziehung der heimischen Krankenkassen einerseits und der Militärverwaltung mit ihrem sanitären Personal und ihren sanitären Einrichtungen anderseits, durchführen lassen. Dabei wird zugleich auf die Entschließung der zuständigen Behörden zur Anordnung einer Versicherungsausdehnung gemäß §§ 8 oder 9 der Bek. vom 14. Dezember 1916 insofern eine Einwirkung ausgeübt, als bei Nichtausdehnung der Versicherung die Arbeiter durch die vorliegende Verordnung versichert werden. Soweit diese Behörden für ihr Personal eine Fürsorge getroffen haben, die dem § 169 RVO. entspricht, ist die Versicherungsfreiheit dieses Personals ohne weiteres gegeben, da ja die Versicherung nur diejenigen ergreift, welche auch nach den Vorschriften der Reichsversicherung versichert sein würden, was eben bei denen nicht der Fall ist, für die gemäß § 169 gesorgt ist. Die Anwendung dieses § 169 auf neue Fälle bleibt auch in Zukunft dem Ermessen der Behörden überlassen. Da aber § 169 vorher im besetzten Ausland nicht galt und bei Aufstellung der erwähnten dienstpragmatischen Vorschriften nur als Muster diente, so werden sich die den Beschäftigten zugesicherten Leistungen nicht notwendig in jeder Beziehung mit denen zu decken brauchen, welche § 169 vorsieht. Es wird als ausreichend erachtet, wenn die den Beschäftigten zugesicherten Leistungen denen des § 169 zwar nicht gleich, wohl aber gleichwertig und gegen einen der dort bezeichneten, stets leistungsfähigen Arbeitgeber gegeben sind. Die erlassenen oder noch zu erlassenden Versorgungsmaßnahmen werden daher daraufhin zu prüfen sein, ob sie dem Erfordernis der Gleichwertigkeit genügen. Diese Prüfung und die Entscheidung über die Gleichwertigkeit legt die Verordnung in die Hand des Kriegsamts. Es wird Sache der Behörde sein, welche für die von ihr selbst oder für ihre Zwecke von privaten Arbeitgebern beschäftigten Personen die Versicherungsfreiheit erwirken will, die als Ersatz der Versicherung dienenden Fürsorgebestimmungen zu diesem Zwecke dem Kriegsamt vorzulegen.

Nach § 11 der Bek. vom 14. Dezember 1916 sind für ihren Geltungsbereich mangels entgegenstehender Bestimmung alle Vorschriften über die reichsgesetzliche Krankenversicherung sinngemäß anzuwenden. Infolgedessen gelten, sowohl für diejenigen Personen, welche auf Grund jener Bekanntmachung selbst gegen Krankheit versichert sind, als auch für diejenigen, welche den Vorschriften der Bekanntmachung erst durch den vorliegenden § 9 unterstellt werden, ohne weiteres auch die Vorschriften dieser Verordnung über die Krankenversicherung sinngemäß.

(Schluß folgt.)

Ausdehnung des vaterländischen Hilfsdienstes auf Angehörige der österreichisch-ungarischen Monarchie.

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) verordnet, daß die Vorschriften des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst und die zur Ausführung dieses Gesetzes erlassenen Bestimmungen entsprechend für diejenigen Angehörigen der österreichisch-ungarischen Monarchie gelten, welche beim Inkrafttreten dieser Verordnung im Gebiete des Deutschen Reichs ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder ihn später dort nehmen. Dieselben Personen gelten auch für die von den Landeszentralbehörden auf Grund des § 11 Abs. 2 Satz 3 des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst erlassenen Bestimmungen als den deutschen Reichsangehörigen gleichgestellt. — Diese Verordnung (Bek. d. Reichskanzlers v. 4. April 1917, RGBl. S. 317) ist am 5. April in Kraft getreten.

Vom Ausschuß der Deutschen Ersatzkassen

ist uns der Bericht über den ersten Allgemeinen Deutschen Ersatzkassentag v. 1. Dezember 1916 zugegangen mit dem Ersuchen, die darin abgedruckte Entschließung zu beachten. Dies ist bereits geschehen; wir haben den vollen Wortlaut der Entschließung im Jahrg. 1916 Heft 36 S. 859 mitgeteilt. Aus dem Berichte tragen wir nach, daß über das „Verhältnis der Ersatzkassen zu den Krankenkassen" die Herrn Tarnowski (Hamburg) und Zaffke (Hamburg) und über die „Kriegsleistungen der Ersatzkassen" Herr Vesper (Barmen) sprachen. Ihre Ausführungen zielten vornehmlich darauf ab, die vom Verbande Deutscher Ortskrankenkassen gegen die Ersatzkassen erhobenen Vorwürfe (zu vgl. ArbVers. 1916 Heft 29 S. 690) zurückzuweisen und darzutun, daß und wie die Ersatzkassen eine ersprießliche Tätigkeit, zumal auch im Kriege, entfalten. Die Redner ernteten starken Beifall. Die Entschließung wurde einstimmig angenommen.

Digitized by Google

Literarisches.

Die Unterstützungsansprüche der Kassenmitglieder und die Ersatzleistungen an die Armenverbände. Von Julius Cohn, Geschäftsführer der Allgem. Ortskrankenkasse der Stadt Berlin. Berlin, Formular-Verlag (Beuthstr. 6). 57 Seiten. Preis 1,50 *M*.

Die Schrift enthält eine Zusammenfassung und Erweiterung von Vorträgen, die der Verfasser in den vom Verbande der Bureauangestellten in Berlin veranstalteten Fortbildungskursen für Kassenbeamte gehalten hat. Sie bringt Erläuterungen zu den einschlägigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in gemeinverständlicher Sprache und schließt „Ratschläge für die Zusammenrechnung von Krankheiten" sowie einige Mustervordrucke an. Der in einen großen praktischen Wirkungskreis gestellte, unterrichtete und erfahrene Verfasser erweist seinen Beruf zur Belehrung der Kassenangestellten durch die geschickte Anlage des Ganzen, durch die zweckmäßige Auswahl des Erläuterungsstoffs mit sachgemäßer Beschränkung auf das Wichtigste und vor allem auch durch die treffliche Anpassung seiner Darstellung an das bei seinen Hörern und Lesern vorauszusetzende Verständnis. So wird das Büchlein, wie die Vorträge, denen es seine Entstehung verdankt, den Bestrebungen zur Fortbildung der Kassenangestellten bestens dienen und sich auch als Hilfsmittel im praktischen Dienste bewähren.

Die künftige Gestaltung der vorbeugenden Tätigkeit der Krankenkassen. Von Albert Kohn, Direktor der Allgem. Ortskrankenkasse der Stadt Berlin. Verlag der Zentral-Kommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte (E. Simanowski). 18 Seiten.

Man weiß, mit welchem Eifer und welcher Sachkenntnis sich der Verfasser besonders für die vorbeugende Tätigkeit der Krankenkassen einsetzt und das Verständnis für die vielfältigen Aufgaben, die sich besonders den großen Kassen in der bezeichneten Richtung darbieten, zu fördern bestrebt ist. Die vorliegende Schrift ist der Abdruck eines im November 1916 gehaltenen Vortrags. Sie behandelt in sachkundiger und fesselnder Art die Bekämpfung der Tuberkulose, der Trunksucht, der Geschlechtskrankheiten, sowie einiger anderer, sich zu förmlichen Volkskrankheiten auswachsenden Leiden, ferner die Säuglings- und die Wohnungsfürsorge, endlich auch die Notwendigkeit, die Familienhilfe zur Pflichtleistung der Kassen zu erheben. Selbstverständlich ist besonders auch der Arbeit gedacht, der es bedürfen wird, den Schädigungen der Volksgesundheit entgegenzuwirken, die mit dem Kriege zusammenhängen.

Merkbuch der Angestelltenversicherung. Von R. Wegener, Sekretär beim Rentenausschuß, Berlin. Carl Heymanns Verlag, Berlin 1917. Preis 1 *M*.

Ein naheliegender Gedanke ist hier in recht zweckmäßiger Art verwirklicht. Es handelt sich um eine Zusammenstellung der von der Reichsversicherungsanstalt und dem Rentenausschuß herausgegebenen Merkblätter, unter Berücksichtigung der Kriegsverhältnisse, mit einer einleitenden, auf die Anleitung der Reichsversicherungsanstalt vom 20. Juni 1912 und die seitherige Rechtsprechung gestützten Abhandlung und sonstigen Erläuterungen. Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht, Verhältnis zur Reichsversicherungsordnung, Beitragsentrichtung, Leistungen, Besondere Bestimmungen aus Anlaß des Krieges, Ersatzkassen — dies sind die einzelnen Abschnitte, die an der Hand des zuverlässigsten Materials behandelt sind und somit in gemeinverständlicher Form einen Kommentar der für die Handhabung des Gesetzes wichtigsten Fragen des Rechts der Angestelltenversicherung darstellen. Ein sachgemäß und übersichtlich gegliedertes Inhaltsverzeichnis erleichtert das schnelle Auffinden des Gesuchten. Alles in allem: ein für den Handgebrauch der Praktiker und aller an der Angestelltenversicherung Beteiligten recht empfehlenswertes, überdies besonders wohlfeiles Hilfsmittel.

Jahrbuch der Arbeiterversicherung, Ergänzungsband für 1917. Von P. Schindler und Dr. H. Götze. Berlin 1916. Verlag der Liebelschen Buchhandlung.

Die von uns bereits im Jahrg. 1916 Heft 33 S. 788 auf Grund der Aushängebogen angezeigten zwei Bändchen des allen Praktikern des Reichsversicherungsrechts willkommenen und fast unentbehrlichen Buches liegen nun in der bekannten handlichen Form vor. Es genügt, auf unsere frühere Empfehlung zu verweisen.

Werkstätten für Erwerbsbeschränkte (Unfallverletzte, Invalide, Kriegsbeschädigte). Von Verwaltungsdirektor Paul Lohmar in Cöln. Mit einem Anhang: Heilwerkstätten; von Landesrat Dr. Schellmann in Düsseldorf. Berlin 1916 bei Richard Schoetz. Preis 0,60 *M*.

Die Arbeit gliedert sich in drei Abschnitte, indem sie drei Arten von Werkstätten unterscheidet und für jede die besonderen Zwecke und die zweckmäßigste Art ihrer Einrichtung und Nutzbarmachung erörtert: 1. Heil- und Gewöhnungswerkstätten; 2. Ausbildungs- und Anlernungswerkstätten; 3. Beschäftigungswerkstätten (zur dauernden Beschaffung geeigneter Arbeit für besonders schwer Geschädigte, die sich wirtschaftlich im freien Wettbewerb nicht behaupten können). Eine belehrende und anregende, weil ersichtlich mit Sachkunde und umsichtigem Urteil geschriebene Arbeit.

Ein Jahr Kriegsinvalidenfürsorge, unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsblinden. Zweite Auflage. Herausgegeben von der Versicherungsanstalt Württemberg, Beratungsstelle für Kriegsinvaliden in Stuttgart. Daselbst 1916 im Kommissionsverlag von August Veil.

Ein fesselnder, durch 6 Tabellen und 67 Bilder besonders anschaulich gestalteter Bericht über die Bestrebungen der Beratungsstelle, die Invaliden an solche Stellen im Erwerbsleben zu leiten, in denen sie, je nach der Eigenart ihrer Beschädigung, die ihnen verbliebene Arbeitsfähigkeit am besten nutzbar machen können.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Änderung der Lohnstufe bei Eintritt in ein anderes Beschäftigungsverhältnis.

1. Nach Pirmasens. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse trat am 2. Februar 1917 aus seiner Beschäftigung aus. Seit Oktober 1916 war es in Lohnstufe 6 gemeldet. Am 6. Februar trat es in eine neue Beschäftigung ein und wurde von da in Lohnstufe 4 gemeldet. Das Mitglied erkrankte am 9. Februar und erhielt von diesem Tage ab (Tag der Arbeitsunfähigkeit) Krankengeld nach Lohnstufe 4. Es macht jedoch Anspruch auf Zahlung des Krankengeldes nach Lohnstufe 6. Unsere Satzung lautet: „Der Arbeitsverdienst jedes Kassenmitglieds wird nach dem Durchschnitt des Verdienstes berechnet, den es in den vier letzten Wochen oder, wenn es noch nicht solange der Kasse angehörte, den ein gleichartig beschäftigtes Mitglied während dieser Zeit bezogen hat. — Ändert sich der Lohn, so ändert sich die Lohnstufe sofort." — Nach welcher Lohnstufe ist das Krankengeld zu zahlen?

Antwort: Die angeführten Bestimmungen entsprechen der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen, § 19 A Abs. 4 und 5. Die Bestimmung in Abs. 4 darf nicht (wie allerdings die Worte „jedes Kassenmitglied" nahe legen) auf solche Versicherte bezogen werden, deren täglicher Arbeitsverdienst feststeht, sei es daß Tagelohn vereinbart oder Wochen- oder Monatslohn einfach durch Teilung mit der feststehenden Zahl der Arbeitstage zu ermitteln ist. In solchen Fällen bedarf es keiner Durchschnittsberechnung und sie würde auch unzulässig sein. Die Bestimmung ist nur zu beziehen auf Versicherte, deren Löhnung nach Akkordsätzen oder sonst in wechselnder Höhe erfolgt. Wir verweisen hierüber auf die Ausführungen von Hahn in ArbVers. 1913 S. 365. Wenn also im vorliegenden Falle der Versicherte jetzt nur einen solchen festen Lohn erhält, daß er in die Lohnstufe 4 gehört, so hat er nur auf das dieser Stufe entsprechende Krankengeld Anspruch.

Verordnung teurer Heilmittel durch den Kassenarzt.

2. Nach Tr. Antwort: Der Arzt muß natürlich diejenigen Heilmittel verschreiben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen zur Erzielung des Heilerfolges für erforderlich hält. Läßt sich dieser sowohl durch teure wie durch billigere herbeiführen, so muß er die letzteren wählen, da ja die Kasse nur zur Gewährung der notwendigen Krankenpflege verpflichtet ist. Die Kasse kann daher dem Arzte androhen, sie werde ihm die Mehrkosten, die ihr durch unnötige Verordnung kostspieliger Heilmittel erwachsen, vom Honorar abziehen und gegebenenfalls einen solchen Abzug machen. Die Berechtigung hierzu beruht auf dem zwischen Arzt und Kasse bestehenden Vertragsverhältnis ist also nicht aus dem § 823 BGB. herzuleiten, der die Ersatzpflicht aus unerlaubten Handlungen betrifft. Freilich ist zu berücksichtigen, daß nicht unterstellt werden kann, ein Arzt werde ein teures Heilmittel verordnen, wenn er davon überzeugt ist, daß ein billiges dieselben Dienste leiste. Es wird daher, wenn die Kasse ihm jenen Abzug macht, im Streitverfahren ihre Sache sein, den Nachweis zu führen, daß der Arzt durch Verordnung des teureren Mittels bewußt oder mindestens fahrlässig seine Pflicht verletzt habe (§ 276 BGB.).

Beitragsberechnung nach § 177 VersGes. f. Angest.

3. Nach Posen. Frage: Im Heft 5 der ArbVers. 1917 S. 118 ist ein Bescheid der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über die Beitragsberechnung nach § 177 des Versicherungsgesetzes für Angestellte veröffentlicht, worin wörtlich ausgeführt wird: „Es dürfte auch den berechtigten Interessen der Angestellten entsprechen, wenn ihnen in den Monaten eines Stellenwechsels die kleine Beitragserhöhung zugute kommt, da in diesen Monaten einige Tage Stellenlosigkeit doch recht häufig sind." Der Sinn dieser Ausführungen ist hier nicht recht verständlich. Die Entrichtung höherer Beiträge in denjenigen Monaten, in welchen das Einkommen des Versicherten durch einige Tage Stellenlosigkeit ohnehin eine Einbuße erleidet, dürfte für den Angestellten kaum als Vorteil bewertet werden können. Wir wären Ihnen dankbar für eine Mitteilung, ob und aus welchen Gründen Sie den Standpunkt der Reichsversicherungsanstalt teilen, z. B. aus welchen Gründen.

Antwort: Der in der Frage angeführte Satz muß in Verbindung mit dem vorausgeschickten Hinweise des Bescheides verstanden werden, wonach den höheren Beiträgen auch höhere Leistungen entsprechen. Insofern und zumal der Arbeitgeber doch auch von diesem Mehrbetrage die Hälfte zu tragen hat, kann man wohl sagen, daß die kleine Beitragserhöhung dem Angestellten „zugute kommt". Es ist nicht zu verkennen, daß anderseits die Aufbringung der anderen Hälfte dem Versicherten um so schwerer fallen wird, wenn das Monatseinkommen sich durch Tage der Stellenlosigkeit verringert. In solchen Fällen wird ihm die Aussicht auf möglichen Vorteil in der Zukunft kaum über die Bedrängnis der Gegenwart hinweghelfen. Es ist schwer zu sagen und namentlich nicht allgemein festzustellen, ob Vorteil und Nachteil sich hier die Wage halten oder der eine den anderen überwiegt. Man wird die innere Rechtfertigung der Vorschrift, wie sie nun einmal gilt, hauptsächlich in dem auch in dem Bescheide der Reichsversicherungsanstalt hervorgehobenen Bestreben zu finden haben, die Durchführung der Beitragsberechnung für Monatsteile möglichst „einfach, sicher und praktisch" zu gestalten.

Digitized by Google

Aufsichtsrechte des Versicherungsamtes.

4. Nach W.-T. Antwort: a) Im Gesetz ist nicht ausdrücklich gesagt, daß das Versicherungsamt ein Recht darauf habe, in den Sitzungen der Versicherungsträger, also auch des Kassenvorstandes, vertreten zu sein und an der Beratung teilzunehmen. Aber in der Begründung zur RVO. wird ein solches Recht als selbstverständlich vorausgesetzt, und auch sonst wird es allgemein anerkannt. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1 zu § 11.) b) Das Versicherungsamt ist befugt, Maßnahmen des Vorstandes zu beanstanden, die gesetz- oder satzungswidrig sind. Es kann also auch einschreiten, wenn ein arbeitsunfähiger Angestellter zum Schein beschäftigt wird, um ihm eine Vergütung zu sichern, auf die er nach der Dienstordnung keinen Anspruch hat. Verbietet es die Beschäftigung eines Angestellten, der vom Arzt für dienstfähig erklärt ist, wegen angeblicher Dienstunfähigkeit, so kann die Kasse hiergegen Beschwerde einlegen, wird aber zweckmäßigerweise einstweilen sich der Anordnung fügen.

Antrag der Ehefrau auf Befreiung der häuslichen Dienstboten von der Krankenversicherungspflicht.

5. Nach Barmen. Antwort: Arbeitgeber der häuslichen Dienstboten ist regelmäßig der Ehemann, aber die Frau, die nach § 1356 BGB. berechtigt und verpflichtet ist, das gemeinschaftliche Hauswesen zu leiten, ist innerhalb dieses ihres häuslichen Wirkungskreises nach § 1357 BGB. auch berechtigt, die Geschäfte des Mannes zu besorgen und ihn zu vertreten. Zum gemeinschaftlichen Hauswesen und zum häuslichen Wirkungskreise der Frau gehört auch die Annahme, Leitung und Versorgung der für den Hausstand erforderlichen Dienstboten; daher vertritt die Frau ihren Ehemann als Arbeitgeber auch in den auf die Krankenversicherung der Dienstboten bezüglichen Angelegenheiten, zumal wenn der Mann selbst an ihrer Wahrnehmung behindert, insbesondere wenn er im Felde ist (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 431 Ziff. 7). Die Frau ist demgemäß befugt, in Vertretung des Mannes zu erwägen und sich zu entschließen, ob es bei der gesetzlichen Krankenversicherung der Dienstboten zu belassen oder deren Befreiung nach §§ 418, 435 RVO. zu erwirken sei. Ihr Befreiungsantrag muß also zugelassen werden.

Streit über die Kassenzuständigkeit anläßlich eines Streites über Kassenleistungen.

6. Nach B. A. R. Frage: Ein hier wohnender Arbeiter klagt gegen eine Krankenkasse in D. auf Gewährung von Leistungen im Verfahren nach § 1636 ff. RVO. Die Kasse in D. bestreitet die Mitgliedschaft und behauptet, eine andere Kasse sei zuständig. Es besteht also Streit nach § 258 RVO. Die beteiligten Kassen haben im Bezirke verschiedener Oberversicherungsämter ihren Sitz. Kann hier nun in dem Verfahren nach § 1636 ff. auch über die Frage der Kassenzugehörigkeit entschieden werden oder muß das zur Entscheidung zuständige Versicherungsamt zuvor gemäß § 1783 Abs. 2 RVO. bestimmt werden?

Antwort: Wir können aus Ihren Angaben nicht ersehen, daß bereits Streit zwischen den beiden Kassen besteht; denn wenn auch die Kasse in D. ihre Zuständigkeit ablehnt und eine andere Kasse als zuständig bezeichnet, so ist doch über die Stellungnahme dieser anderen Kasse nichts ersichtlich. Vor allem aber kommt ein Streit nach § 258 RVO. nur in Frage, wenn es sich um die Kassenzugehörigkeit ganzer Gruppen von Versicherten handelt (vgl. Hahn, Anm. 2b zu § 258), und daß dies der Fall sei, ist gleichfalls nicht zu erkennen. Einstweilen handelt es sich um nichts anderes als um das Streitverfahren zwischen dem Versicherten und der von ihm als leistungspflichtig in Anspruch genommenen Kasse in D. In diesem Verfahren „kann" die andere Kasse auf Antrag oder von Amts wegen zugezogen werden oder auch aus eigenem Antrieb beitreten, Ausführungen machen und Anträge stellen (§ 24 Verordg. über Verf. der Versicherungsämter). Ergibt sich aus ihrer Erklärung, daß sie ihre Zuständigkeit bestreitet, so wird das Versicherungsamt das Spruchverfahren über die Kassenleistungen auszusetzen haben, um zunächst im Beschlußverfahren nach § 405 Abs 2 und 3 RVO. eine bindende Entscheidung über das Versicherungsverhältnis herbeizuführen und so die Möglichkeit auszuschließen, daß der Versicherte mit seiner Leistungsklage von beiden in Frage kommenden Versicherungsämtern nacheinander wegen Unzuständigkeit der einen und der anderen Kasse abgewiesen wird.

Einfluß der Nebeneinnahmen von Lehrern auf die Krankenversicherungspflicht.

7. Nach B. Antwort: Bei der Begrenzung der Versicherungspflicht ist nur der Jahresarbeitsverdienst aus einer solchen Beschäftigung zu berücksichtigen, die für sich versicherungspflichtig ist. (Vgl. Hahn, Handb. d. Kr.-Vers., Anm. 25c zu § 165.) Es kommt daher darauf an, ob der Privatunterricht, den die an der Knabenschule beschäftigten Lehrer nebenher stundenweise erteilen, der Versicherung unterliegt. Nach Ziff. I 4 Bek. v. 17. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 848; Hahn, Handb. d. KrVers., Anm. 3 zu § 168) ist er aber versicherungsfrei, also die für ihn gewährte Vergütung nicht mitzurechnen. Infolgedessen unterliegen jene Lehrer der Versicherungspflicht; denn das ihnen von der Schule gezahlte Gehalt übersteigt jährlich nicht 2500 ℳ.

Verhältnis landesrechtlicher Unfallfürsorge für Beamte zur Krankenversicherung nach der RVO.

8. Nach Stuttgart. Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei. Allerdings sind nach § 554 Abs. 1 Ziff. 5 RVO. Beamte eines Bundesstaates, wenn für sie Fürsorge nach § 14 des Unfallfürsorgegesetzes v. 18. Juni 1901 (RGBl. S. 211) getroffen ist, von der gewerblichen Unfallversicherung auf Grund der RVO. frei. Aber der Grund dieser Versicherungsfreiheit liegt eben darin, daß eine dem § 14 dieses Gesetzes entsprechende, d. i. eine landesgesetzliche oder statutarische, den §§ 1 bis 7 desselben Gesetzes mindestens gleichkommende Fürsorge, als gleichwertig mit der reichsgesetzlichen Unfallversicherung nach der RVO. angesehen wird. Deshalb ist jene landesgesetzliche Fürsorge als Bestandteil der reichsgesetzlichen Unfallversicherung auch insoweit anzusehen, als ihr Verhältnis zu anderen Versicherungszweigen in Frage kommt. Wie dies für das Verhältnis zur Invalidenversicherung (§ 1522 RVO.) anerkanntermaßen gilt (vgl. Entsch. des sächs. LVA. in ArbVers. 1915 S. 113 und die dort angeführten Entsch. des RVA.), so muß es aus gleichem Grunde auch für das Verhältnis zur Krankenversicherung gelten (§§ 1501 ff. RVO.). Danach rechtfertigt sich im vorliegenden Falle die Anwendung des § 1503 RVO.

Digitized by Google

Ansprüche eines arbeitsunfähig erkrankten Dienstboten gegen die Dienstherrschaft.

9. Nach Osterholz. Frage: Ein Dienstbote hat sich wegen Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit einige Wochen bei seinen Eltern aufgehalten, und zwar auf Aufforderung des Dienstherrn. Für welche Zeit hat der Dienstbote Lohn zu beanspruchen, und zwar mit oder ohne Abzug des Krankengeldes? Wer hat die den Eltern des Dienstboten entstehenden Verpflegungskosten zu tragen und welche Sätze kommen hierbei in Frage?

Antwort: Der Dienstbote behält den Anspruch auf die Vergütung, also auf Lohn und Unterhalt, für eine „verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" (§ 616 BGB. mit Art. 14 § 1 des preuß. Ausf. Ges. zum BGB.; vgl. ArbVers. 1916 S. 256, Bemerkung der Schriftleitung). Welche Zeit als nicht erheblich im Sinne dieser Vorschrift anzusehen ist, ist nach den Verhältnissen des Einzelfalles zu bestimmen. Beim häuslichen Gesindeverhältnis, wo der Arbeitgeber doch alsbald für Vertretung wird sorgen müssen, wird man den Zeitraum nicht zu weit abstecken dürfen. Etwa 4 Wochen dürften angemessen sein. Der Wert des Unterhalts ist nach ortsüblichen Sätzen zu berechnen, über die die Ortsbehörde Auskunft geben wird. Auf den hiernach dem Dienstboten für die angegebene Zeit zustehenden Betrag muß er sich das auf dieselbe Zeit entfallende Krankengeld anrechnen lassen (§ 436 RVO.).

Strafbefugnis des Kassenvorsitzenden — Porto usw. für Beschaffung der Heilmittel.

10. Nach Osterholz. Antwort: a) Das Reichsversicherungsamt hat entschieden, daß die Satzung dem Vorsitzenden der Krankenkasse die Strafbefugnis aus § 529 RVO., die gesetzlich dem Vorstand zusteht, übertragen kann. Die hierfür geltend gemachten Gründe treffen aber auf die Verhängung der Nebenstrafe aus § 531 Abs. 2 zu, so daß auch sie durch besondere Satzungsvorschrift ihm überlassen werden darf (vgl. ArbVers. 1917 S. 158). Enthält aber die Satzung nicht eine dahingehende Bestimmung, so hat der Vorsitzende eine solche Strafbefugnis nicht.

b) Die Kasse muß dem Versicherten am Erfüllungsorte, also an seinem Wohnorte, die Heilmittel zur Verfügung stellen und daher nötigenfalls die Kosten — wie Fahrgelder, Porto — tragen, die dadurch entstehen, daß sie erst von einem anderen Orte herbeigeschafft werden müssen.

Arztgebühren für eine bloße Unterschrift.

11. „Veritas." Frage: Bei Reisen zu Spezialärzten, Kliniken, Krankenhäusern usw. erhalten die betreffenden Kranken Fahrpreisermäßigung. Für die Hinfahrt legitimiert den Kranken auf dem bezüglichen Vordruck der betreffende Krankenkassenvorstand, für die Rückfahrt soll der Vordruck die Unterschrift des Spezialarztes usw. erhalten. Diese Unterschriften wurden unentgeltlich von allen in Frage kommenden Stellen bisher geleistet. Jetzt stellt sich aber ein Spezialarzt auf den Standpunkt, daß er eine Gebühr für seine Unterschrift beanspruchen könne. Wenn wir solchen Anspruch anerkennen würden, dann würde nicht allein keine Ermäßigung für die Reisen (denn es handelt sich bei uns um kurze Strecken), sondern es würde dadurch eine Verteuerung hervorgerufen. Wir sind der Meinung, daß der Spezialarzt oder die anderen in Frage kommenden Stellen die Unterschrift auf den bezüglichen Vordrucken unentgeltlich zu leisten haben. Ist das richtig?

Antwort: Eine Rechtspflicht des Arztes zu solcher Leistung besteht nicht, sondern nur eine Anstandspflicht. Wenn er, als einziger von seinen Standesgenossen, sich dieser entziehen will, so muß die Kasse ihm einen Lohn bieten. Einen Lohn, nicht Gebühren der Taxe für ärztliche Verrichtungen! Denn die bloße unterschriftliche Bestätigung der Tatsache, daß der Kranke den Arzt aufgesucht hat, ist keine fachwissenschaftliche Verrichtung, auf die irgendeine Bestimmung der Taxe, insbesondere etwa Nr. 24, bezogen werden könnte. Wir schlagen also vor, dem Manne einen Schreiberlohn von etwa 10 ℳ für 100 Unterschriften anzubieten; das ist angemessen und seiner würdig. Lehnt er dann noch ab, so bleibt nichts übrig, als durch öffentliche Bekanntmachung die Versicherten zu verständigen, daß und weshalb der Mann von jeder Tätigkeit für die Kasse ausgeschlossen wird.

Sterbegeld für die Hinterbliebenen eines Rentenempfängers.

12. Nach S. Antwort: Wenn der Rentenempfänger eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung ausübte, so wurde er dadurch ohne weiteres Mitglied der zuständigen Kasse. Der Erwerb der Pflichtmitgliedschaft tritt nicht erst durch die Anmeldung ein, hat also stattgefunden, obwohl diese unterblieb. Er wurde auch keineswegs durch den Bezug der Invalidenrente ausgeschlossen. Der Rentenempfänger hätte nur, falls er dauernd nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig gewesen wäre, auf seinen Antrag mit Einverständnis des Armenverbandes von der Versicherungspflicht befreit werden können. Ein solcher Antrag ist aber nicht gestellt worden (§ 173 RVO.). Nun ist aber der Versicherte erst 8 Wochen nach Beendigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses verstorben. Infolgedessen würde seinen Hinterbliebenen Sterbegeld nur zustehen, wenn er bis zu seinem Tode wegen Arbeitsunfähigkeit Krankenunterstützung bezog und daher Mitglied gewesen wäre (§ 311) oder wenn er an einer Krankheit, wegen deren er Krankenhilfe bezogen hätte, innerhalb eines Jahres nach deren Ablauf gestorben wäre (§ 202 RVO.). Ob eine dieser Voraussetzungen vorlag, ist aus der Darstellung nicht ersichtlich.

Kriegswochenhilfe für ein uneheliches Kind.

13. Nach Dresden. Antwort: Durch die Fassung des § 3 der Bek. v. 23. 4. 15 („wenn usw.") ist die Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers in klarer Weise an die Voraussetzung geknüpft, daß das Kind auf Grund des Ges. v. 28. 2. 88 in der Fassung v. 4. 8. 14 unterstützt wird. Die bloße Anerkennung der Vaterschaft genügt nicht (vgl. Liebrecht, Preuß. Verw. Bl. 37 S. 17), wenn auf Grund derselben die Unterstützung — gleichviel aus welchem Grunde — nicht erwirkt wird. Die Ausnahme, die hiervon im Falle der Totgeburt durch den Bescheid des Reichskanzlers in ArbVers. 1915 S. 779 gemacht ist, beruht auf einer Billigkeitserwägung, die nicht zutrifft, wenn das Kind lebt und somit die Möglichkeit besteht, die Gewährung der Unterstützung zu betreiben.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von G. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1172 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. Mai 1917 | Heft 14

Unfallversicherung im besetzten Ausland vor und nach der Bundesrats-Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten.

Von Regierungsassessor im Staatsministerium des Innern Dr. v. Schelhorn, Intendanturrat a. K. in München.

I. Rechtsstand bis zur Bundesrats-Verordnung vom 24. Februar 1917.

Schon bei Beginn des Krieges, als unsere Heere in raschem Siegeszuge fast ganz Belgien und den Norden Frankreichs besetzten, tauchten bei den Betrieben der Heeresverwaltung versicherungsrechtliche Fragen auf. Bei den Feldintendanturen und insbesondere bei den Feldproviantämtern und anderen Einrichtungen der Heeresverwaltung wurden auch bürgerliche Arbeitskräfte verwendet; solche wurden auch später mehr und mehr zu Bauarbeiten, landwirtschaftlichen und gewerblichen Tätigkeiten aus der Heimat herangezogen. Nach der Sachlage waren es zuerst die Ausführungsbehörden der Heeresverwaltung, die sich auf dem Gebiete der Unfallversicherung mit den im besetzten Ausland auftauchenden neuen Fragen beschäftigen mußten.

In welcher Weise war für die Arbeiter und etwaigen bürgerlichen Betriebsbeamten bei Unfallverletzungen, im Falle ihrer Tötung für ihre Hinterbliebenen gesorgt?

Sie waren jedenfalls nicht Personen des Soldatenstandes, nicht Militärpersonen der Unterklassen, für die das Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906 (RGBl. S. 593) gegolten hätte. Wer Person des Soldatenstandes ist, ergibt sich aus den §§ 4, 5 des Militärstrafgesetzbuchs und dem Anhang zu diesem Gesetze, dem „Verzeichnis der zum deutschen Heere und zur Kaiserlichen Marine gehörenden Militärpersonen". Bürgerliche Arbeiter sind hier nicht aufgeführt. Sie können nicht zum Heere, sondern nur zum Heeresgefolge im Sinne des § 155 MStGB. gehören und sind nur auf Grund dieser Vorschrift, soweit sie sich beim Heere aufhalten, den Strafvorschriften dieses Gesetzes, insbesondere den Kriegsgesetzen unterworfen, aber deshalb noch nicht Personen des Soldatenstandes. Sie fallen daher nicht unter das MannschVersGes. und sind nicht nach § 554 Abs. 1 Nr. 2 RVO. versicherungsfrei.

Aber auch das besondere Unfallfürsorgegesetz für Beamte und Personen des Soldatenstandes vom 18. Juni 1901 (RGBl. S. 211) trifft auf sie nicht zu. Für die Personen des Soldatenstandes der Unterklassen ist dieses Gesetz ohnehin durch § 76 Abs. 1 Nr. 2 des MannschVersGes. außer Kraft gesetzt worden. Die bürgerlichen Arbeiter sind aber auch nicht „Beamte der Reichs-

Digitized by Google

Zivilverwaltung, des Reichsheeres, der Kaiserlichen Marine" im Sinne des § 1 des Gesetzes vom 18. Juni 1901. Sohin schlägt auch nicht § 554 Abs. 1 Nr. 3 RVO. ein.

§ 12 der Bundes-Verordg. v. 24. 2. 17 über Versicherung der im vaterl. Hilfsdienst Beschäftigten (RGBl. S. 171, ArbVers. S. 177) weist aber darauf hin, daß möglicherweise doch Vorschriften des militärischen Versorgungsrechts auf Personen zutreffen können, die zu dem Kreise der Unfallversicherten gehören, und zwar — merkwürdig genug — vor allem eine Vorschrift des Offizierpensionsgesetzes (= OPG.). Vorausgeschickt sei sofort, daß dieser Umstand jedenfalls nicht Versicherungsfreiheit nach § 554 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bedingen kann. Hiernach sind nur versicherungsfrei Offiziere und Sanitätsoffiziere, für die das OPG. gilt. Zu diesem Stande gehören aber die in Frage kommenden Arbeiter und Betriebsbeamten jedenfalls nicht.

Der einschlägige von den sog. Vertragsverpflichteten handelnde § 35 OPG. lautet:

Andere, als die in den §§ 32 bis 34 bezeichneten Personen (d. s. Beamte des Reichsheeres, Heeresbeamte des Beurlaubtenstandes, Beamte der Zivilverwaltung, Geistliche und andere als Heeresbeamte verwendete kirchliche Beamte usw.), die während der Dauer eines Krieges bei dem Feld- oder Besatzungsheere als Heeresbeamte verwendet werden oder zum Heere im privatrechtlichen Vertragsverhältnisse eines Dienstverpflichteten stehen, erwerben Anspruch auf Pensionsgebührnisse, wenn infolge einer durch den Krieg herbeigeführten Dienstbeschädigung ihre Erwerbsfähigkeit aufgehoben oder um wenigstens 10 v. H. gemindert worden ist. Die Bemessung und die Zahlung der Pensionsgebührnisse erfolgt nach den vom Bundesrate festzustellenden Grundsätzen, die dem Reichstage zur Kenntnisnahme vorzulegen sind und außer Kraft treten, falls sie die Genehmigung des Reichstags nicht finden.

Die Vorschriften des § 2 finden entsprechende Anwendung.

§ 2 bestimmt die Fristen für Geltendmachung des Pensionsanspruchs:

Der Anspruch auf Pension muß vor dem Ausscheiden erhoben werden, es sei denn, daß die Dienstunfähigkeit die Folge einer Dienstbeschädigung ist. In diesem Falle kann der Anspruch erhoben werden:

. . . . . .

2. bei Kriegsverwundungen ohne Zeitbeschränkung;

3. bei sonstigen Kriegsdienstbeschädigungen bis zum Ablaufe von 10 Jahren nach dem Friedensschlusse. Beim Fehlen eines Friedensschlusses beginnt der Lauf der zehnjährigen Frist mit dem Schlusse des Jahres, in welchem der Krieg beendigt worden ist.

Die vom Bundesrat zur Ausführung des § 35 und einiger anderer Vorschriften des OPG. beschlossenen Bestimmungen sind im ZentrBl. für das Deutsche Reich 1906 Nr. 36 S. 659 ff. veröffentlicht (abgedruckt auch im VBl. des bayer. KM. als Anlage 1 zum KME. vom 5. 7. 06 Nr. 3994 JA. — VBl. S. 177 —). Wir werden hierauf bei Besprechung des § 12 der BundesrV. zurückkommen.

§ 35 OPG. findet hinsichtlich der Hinterbliebenenansprüche seine Ergänzung in den §§ 19 ff. des Militärhinterbliebenengesetzes vom 17. Mai 1907 (RGBl. S. 214). § 19 lautet hier:

Die Witwen und die ehelichen oder legitimierten Kinder der zum Feldheere gehörigen Offiziere, einschließlich Sanitätsoffiziere, Beamten und Militärpersonen der Unterklassen mit Einschluß der in den §§ 34, 35 des Offizierpensionsgesetzes erwähnten Personen und der auf dem Kriegsschauplatze verwendeten Personen der freiwilligen Krankenpflege, die

1. im Kriege geblieben oder infolge einer Kriegsverwundung gestorben sind,
2. eine sonstige Kriegsdienstbeschädigung erlitten haben und an ihren Folgen gestorben sind,

erhalten Kriegswitwen- und Kriegswaisengeld, in dem Falle zu 2 jedoch nur, wenn der Tod vor Ablauf von 10 Jahren nach dem Friedensschluß oder dem im § 17 letzter Absatz Satz 2 (entspricht der oben wiedergegebenen Vorschrift im § 2 OPG.) angegebenen Zeitpunkt eingetreten ist.

§ 23 a. a. O. besagt weiter in Nr. 4:

Die Höhe der Kriegsversorgung (d. i. hier Kriegswitwen- und Kriegswaisengeld) richtet sich bei den Hinterbliebenen der im § 35 des OPG. bezeichneten Personen nach dem Betrage, der gemäß den vom Bundesrate festgestellten Grundsätzen bei Berechnung des Ruhegehalts des Verstorbenen zugrunde gelegt worden ist oder zugrunde zu legen gewesen sein würde, falls der Verstorbene am Todestag in den Ruhestand versetzt worden wäre. Den

Digitized by Google

Hinterbliebenen von solchen im § 35 des OPG. genannten Personen, denen kein höherer militärischer Rang verliehen worden ist, sind die den Hinterbliebenen von Gemeinen zustehenden Sätze zu zahlen.

Recht geklärt scheint nun allerdings bis heute die Frage noch nicht zu sein, wie weit sich der Kreis der Vertragsverpflichteten erstreckt, für die § 35 OPG. und für deren Hinterbliebenen die §§ 19 ff. MHG. gelten. Genügt auch der bloße schriftliche oder formlose Arbeitsvertrag, wie er zwischen der Heeresverwaltung und bürgerlichen Arbeitern besteht, ein Vertrag, der nicht eine weitergehende Dienstpflicht ähnlich der des Soldaten oder des Beamten begründet? Können, wenn nicht schon die Arbeiter, so etwa doch Betriebsbeamte im Sinne des § 544 Abs. 1 Nr. 2 der RVO. unter § 35 OPG. fallen? Auch § 12 der neuen BundesrV. beantwortet diese Fragen nicht. Er setzt sie eigentlich schon als gelöst voraus und beseitigt nur die Doppelversorgung für den Fall, daß Ansprüche sowohl nach § 35 OPG. oder §§ 19 ff. MHG. als auch auf Grund der Unfallversicherung begründet sein sollten. Jedenfalls aber geht er davon aus, daß solche Fälle rechtlich möglich sind. Th. v. Olshausen, der sich während des Krieges durch eine Bearbeitung*) des MHG. verdient gemacht und viel zur Lösung von Fragen des militärischen Versorgungsrechts beigetragen hat, spricht in Anm. 6 b zu § 19 MHG. den Hinterbliebenen „der aus Anlaß des Krieges zu der Militärverwaltung in ein Arbeitsverhältnis getretenen sog. „Armierungsarbeiter" (nun: „Befestigungsarbeiter") Kriegsversorgungsansprüche rundweg ab, „soweit sie nicht als Militärpersonen angesehen werden können". Welche Personen er unter § 35 OPG. faßt, ergibt sich aus seinen Ausführungen in Anm. 4 zum § 23 MHG.; es sind dies z. B. Kaufleute, die als Garnisonverwaltungs-, Lazarett- oder Proviantamtsbeamte während des Krieges Verwendung finden, vertraglich verpflichtete Flieger, das in keinem militärischen Dienstverhältnis stehende, für den Kriegsfall zum Heeresdienst vertraglich verpflichtete Besatzungspersonal der reichseigenen Luftschiffe sowie der von der Heeresverwaltung übernommenen Privatluftschiffe, die in keinem militärischen Dienstverhältnis stehenden vertraglich verwendeten Mitglieder des Kaiserlichen Freiwilligen Automobilkorps und des Freiwilligen Motorbootkorps sowie ihre nicht dienstpflichtigen Mechaniker, Bootssteuerleute, Bootsmaschinisten usw., die vertraglich verpflichteten Zivilärzte und die Besatzung von als Hilfskriegsschiffen in Anspruch genommenen Handelsschiffen. Die Berührung mit der Unfallversicherung würde bei den aufgezählten Personen nicht allzuweit reichen. Völlige Klärung kann nur die Heeresverwaltung selbst bringen oder die nach § 39 OPG., § 35 MHG. letzthin entscheidenden bürgerlichen Gerichte. Ein gewichtiges Bedenken, das bisher gegen die weitere Auslegung der fraglichen Vorschriften bestand, ist nun durch § 12 der BundesrV. zum mindesten sozusagen „abgebaut" worden. Die Doppelversorgung, mit der bisher zu rechnen war (Militär- und Unfallversorgung), ist nun in weitem Umfang ausgeschlossen. Hierüber später das nähere!

Wichtiger als diese Vorschriften des militärischen Versorgungsrechts mit noch nicht genau festgestelltem Anwendungsgebiet und als etwaige freiwillige Zuwendungen der Heeresverwaltung aus Anlaß von Unglücksfällen hat sich für bürgerliche Arbeiter und Betriebsbeamte die reichsgesetzliche Unfallversicherung erwiesen. Konnte sie aber überhaupt im besetzten Gebiet außerhalb der deutschen Grenzpfähle gelten? Nein und ja, allerdings ein etwas unsicheres Ja aus nicht ganz beruhigtem Gewissen. Das deutsche Arbeiterversicherungsrecht erstreckt sich, streng genommen, nur auf Deutschland (Territorialitätsprinzip). Ausländisches Gebiet, das von unseren Heeren besetzt wird, bleibt bis auf weiteres völker- und staats-

*) Nun neu herausgegeben als Handbuch zum MHG.

Digitized by Google

rechtlich Ausland, auch wenn dort deutsche Behörden die Verwaltung übernehmen. Versuche, an dieser Tatsache zu rütteln, die in der Literatur zu Anfang des Krieges gemacht worden sind, müssen als gescheitert gelten. Auch für das Versicherungsrecht ist das besetzte Gebiet Ausland. Sollen dort Rechte und Pflichten nach deutschem Versicherungsrecht erhalten, erworben oder begründet werden, so ist hierzu eine besondere Regelung durch die Gesetzgebung notwendig. Das stand eigentlich schon nach dem Reichsgesetz vom 4. August 1914, betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung, fest. Andernfalls hätte es der Vorschrift des § 1 dieses Gesetzes nicht bedurft; denn hätte der Aufenthalt „im Ausland", der durch Einberufung des Kassenmitgliedes zur Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichem Dienste verursacht ist, versicherungsrechtlich dem Aufenthalt im Inland gleichgegolten, dann hätte er ihm nicht erst durch ein besonderes Gesetz — hier zunächst mit Bezug auf § 313 Abs. 1 RVO. — gleichgestellt zu werden brauchen.

Die Gebietsgrenzen waren nun allerdings bezüglich sog. übergreifender Betriebe zum Teil schon durch völkerrechtliche Verträge ein wenig verschoben worden, so durch das Abkommen zwischen dem Deutschen Reiche und Belgien über Unfallversicherung vom 6. Juli 1912 (s. RGBl. 1913 S. 23). Mit der Kriegserklärung war aber auch dieser Vertrag hinfällig geworden.

Sollten deutsche Arbeiter und Betriebsbeamte im Sinne des § 544 RVO. auch bei Verwendung im besetzten Gebiete nach deutschem Rechte gegen Unfall versichert sein, so mußten Beziehungen vorliegen, die ihre dortige Tätigkeit doch noch als Ausfluß eines inländischen Betriebs ansehen ließen. Die Rechtslehre und noch mehr die Rechtsübung des RVA. hatte nun schon im Frieden den Satz entwickelt, daß eine Ausdehnung der inländischen Betriebstätigkeit ins Ausland, die keine selbständige wirtschaftliche Bedeutung habe, sondern sich als Teil, Zubehör, Fortsetzung oder Ausstrahlung eines inländischen Betriebes darstelle, mitversichert sei (vgl. Hdb. der UV. Bd. I S. 227 ff., Bd. III S. 848 ff.). Man dachte dabei zunächst allerdings mehr an vorübergehende kleinere Bauarbeiten, Aufstellung ins Ausland gelieferter Maschinen und dgl. Das RVA. hatte aber auch z. B. schon deutsche Arbeiter als versichert erklärt, die deutsche Unternehmer zur Ausführung von Ausstellungsarbeiten in das Ausland geschickt hatten, ferner Tiefbohrunternehmungen für versicherungspflichtig angesehen, auch wenn sie fern vom inländischen Betriebsbesitze, aber in engem Zusammenhang mit dem Hauptbetriebe ausgeführt wurden. Entscheidend war eben der innere Zusammenhang mit dem Inlandsbetriebe. Diese Lehre von der Ausstrahlung bot die dringend gewünschte Möglichkeit, Tätigkeiten im besetzten Gebiete dem bestehenden Unfallversicherungsrecht zu unterstellen. Das soziale Empfinden drängte dazu. Es ist aber nicht zu leugnen, daß zum guten Teil „der Wunsch der Vater des Gedankens" war und daß man bei Verfolgung der Ausstrahlungslehre zum mindesten bis an die Grenze des Möglichen ging.

Bei den Betrieben der Heeresverwaltung war es noch verhältnismäßig einfach, einen inneren Zusammenhang zwischen Betriebstätigkeiten im In- und Ausland zu finden. Man brauchte dabei noch nicht soweit zu gehen wie die MtsBl. f. ArbVers. 1916 S. 103, die sich dafür aussprechen, „den technischen Betrieb der Heeresverwaltung einschließlich der Eisenbahnen als einheitlich versichert anzusehen". Das würde doch wohl nicht mehr dem Gesetze gerecht werden, das in § 537 Abs. 1 Nr. 5 RVO. „die Betriebe" der Marine- und Heeresverwaltungen dem gesamten Betriebe der Eisenbahnen und der Post- und Telegraphenverwaltungen gegenüberstellt.*) Den Verbänden und Verwaltungen im Felde entsprechen regelmäßig solche in der Heimat, von denen sie ausgehen, Nachschub erhalten und versorgt werden. Irgend-

*) Vgl. dazu Schelhorn in MtsSchr. f. Arb.- u. AngestVers. 1916 Sp. 460 ff.

Digitized by Google

ein derartiger Zusammenhang mußte fast immer bestehen und wirtschaftlich ließ sich schließlich doch noch der Mutterbetrieb in der Heimat mit seinen festen, dauernden Einrichtungen als der für das Versicherungsverhältnis maßgebende betrachten. Die Ausführungsbehörden der Heeresverwaltung durften dabei auch auf das verständnisvolle Entgegenkommen der Versicherungsbehörden rechnen und brauchten nicht sehr zu befürchten, daß ihre Renten bewilligenden Bescheide angefochten und gar umgestoßen würden. Dabei war es naheliegend, daß die Heeresverwaltung in irgendeiner Weise für ihre Arbeiter im Felde sorgen mußte, warum dann nicht auf dem ihnen geläufigsten Wege der Unfallversicherung? Wie wir sehen werden, bringt nun aber die neue BundesrV. in weitem Umfange die ausdrückliche Erstreckung des Unfallversicherungsrechts auf das besetzte Ausland und zwar mit wesentlichen Änderungen vom bisherigen Rechte. Nun hat der Gesetzgeber gesprochen. Es besteht fortan nicht mehr das gleiche Bedürfnis, sich an die Lehre von der Ausstrahlung zu klammern, mit der man sich in manchen Fällen doch nur recht schlecht beholfen hatte. Auch auf dem Gebiete der Eigenbetriebe der Heeresverwaltung wird es sich nun fragen, inwieweit etwa das neue Recht die frühere Rechtsauslegung verdrängen wird, die zur Anwendung des bisherigen Inlandsrechts gezwungen war. Gegen die unveränderte Erstreckung des deutschen Versicherungsrechts auf das Ausland sprach vor allem ein gewichtiges Bedenken. Es war dabei rechtlich kaum möglich, ausländischen Arbeitern, die neben den deutschen beschäftigt wurden, die Vorteile der Versicherung vorzuenthalten. Nach der Lehre von der Ausstrahlung wären, streng genommen, auch sie als Arbeiter eines deutschen Betriebes mitversichert. Das RVA. konnte sich vom Standpunkte des bestehenden Rechtes aus kaum anders aussprechen als im Besch. vom 27. 7. 15 (veröffentlicht in RVAE. Bd. 4 S. 425 Nr. 5): „Liegt eine „Ausstrahlung" in dem bezeichneten Sinne vor, so erfaßt die deutsche Unfallversicherung auch die in den Betrieben beschäftigten Ausländer. Dies ergibt sich aus folgendem: Die Grundsätze über die Mitversicherung von Ausstrahlungen beruhen auf der Erwägung, daß die als unselbständige Bestandteile eines inländischen Betriebs im Ausland verrichteten Arbeiten versicherungsrechtlich nicht anders zu beurteilen sind als der inländische Betrieb selbst. Die deutsche Unfallversicherung geht aber davon aus, daß die Rechte aller in einem Betriebe beschäftigten Personen durchgehends die gleichen sind, mag es sich um Inländer oder um Ausländer handeln (vgl. Handb. der UV. III S. 848 ff.). Es erscheint daher, auch bei Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Kriegszustandes, nicht zulässig, bei Annahme einer „Ausstrahlung" die in dem Betriebe beschäftigten Ausländer von der Versicherung auszuschließen." Sollte nun aber wirklich Deutschland seinen Feinden, deren Gehässigkeit doch wahrlich vor nichts, auch nicht den schlechtesten Mitteln zurückschreckt, soweit entgegenkommen? Sollte es Arbeitern aus dem besetzten Feindesland die Segnungen der deutschen Sozialversicherung — bei den Betrieben der Heeresverwaltung noch dazu auf Kosten des Reichs — zuwenden, einen Versicherungsschutz, wie er ihnen noch dazu bisher unbekannt war? Würden unsere Gegner nicht darin nur noch einen weiteren Anlaß erblicken, uns wegen unserer Gutmütigkeit und Rechtlichkeit für dumm zu schelten?

Insbesondere im Auftrage der Heeresverwaltung und der Zivilverwaltungen sind im besetzten Gebiete vor allem auch private deutsche Baufirmen, Elektrizitätsunternehmungen usw. tätig geworden. Die Berufsgenossenschaften, denen die Arbeitgeber angehörten, haben es bezüglich der Versicherung der deutschen Arbeiter und Betriebsbeamten an Entgegenkommen nicht fehlen lassen. Auch sie haben ihren Entscheidungen den Ausstrahlungsbegriff in weitherziger Weise zugrunde gelegt. In Zweifelsfällen haben sie die Versicherung der deutschen Arbeiter anerkannt,

Digitized by Google

die der Ausländer aber dahingestellt sein lassen. Das RVA. ist ihnen dabei zunächst nicht entgegengetreten. Es hat in einem Besch. v. 15. 4. 1915 — I 2625/15 — ausgeführt: „Sollten in zweifelhaften Fällen die deutschen Arbeiter seitens der Berufsgenossenschaften in Versicherung genommen werden — etwa zufolge Vereinbarung mit den Unternehmern oder durch Berücksichtigung bei der Beitragserhebung —, so würde auf jeden Fall ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis entstehen, das die Berufsgenossenschaften auch zur Entschädigung etwaiger Unfälle verpflichten würde" (MtsBl. f. AV. 1916 S. 103). Ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis hat das RVA. auch in der Grundsatz. E. 2897 (Amtl. Nachr. 1916 S. 610 ff.) bei Arbeiten deutscher Unternehmer in Russisch-Polen anerkannt, obwohl es die Arbeiten nicht mehr unter den Begriff der Ausstrahlung fassen konnte. „Ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis kann bezüglich einzelner Arbeiten gegeben sein, wenn zwischen der Berufsgenossenschaft und ihrem Mitglied Einverständnis darüber herrscht, daß die Arbeiten als versichert behandelt werden sollen. Die Berufsgenossenschaft ist zwar nicht berechtigt, Arbeiten entgegen dem Gesetz in Versicherung zu nehmen. Dies schließt aber nicht aus, daß in zweifelhaften Fällen zwischen ihr und dem Unternehmer eine Einigung über die Versicherungspflicht der Arbeiten stattfindet. Wurde die Versicherungspflicht von beiden Seiten anerkannt, so ist die Berufsgenossenschaft verpflichtet, im Falle eines Unfalls die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, während der Unternehmer die auf die Arbeiten entfallenden Beiträge an sie zu entrichten hat." Ein solches formellrechtliches Versicherungsverhältnis dauert nach der erwähnten Entscheidung solange, bis die Berufsgenossenschaft oder der Unternehmer durch eine ausdrückliche Erklärung gegenüber dem anderen Teile der ferneren Versicherung der Arbeiten widerspricht. Zwischen dem Besch. des RVA. vom 15. 4. 15 und dieser Entscheidung besteht ein in die Augen fallender Unterschied. Jener sprach von einem formellrechtlichen Versicherungsverhältnis nur der deutschen Arbeiter, dieser in bezug auf einzelne Arbeiten. Sollte das formellrechtliche Versicherungsverhältnis der Arbeiten etwa doch auch die ausländischen Arbeiter erfassen? Dann würde auch dieser Notbehelf sehr verlieren. Er würde nur noch die Bedeutung haben, in Fällen, in denen eine Ausstrahlung von den Versicherungsbehörden schlechterdings nicht mehr angenommen werden kann, dennoch die Anwendung des deutschen Versicherungsrechts sozusagen noch zu entschuldigen. Zu der gewünschten verschiedenen Behandlung von deutschen und ausländischen Arbeitern würde er dann aber nicht mehr ausreichen. Und in der Tat läßt sich eben diese Trennung auf Grund des bisherigen Rechts kaum durchführen. Wenn sich die Auslegung auch noch so bemüht den gegebenen Bedürfnissen zu entsprechen, so kommt doch einmal eine Grenze, wo sie versagen muß und nur noch der Gesetzgeber eingreifen kann.

In der weit überwiegenden Beschäftigung von Ausländern bei Arbeiten deutscher Unternehmer im besetzten Gebiete hat das RVA. auch einen Grund erblickt, von der Annahme einer „Ausstrahlung" abzusehen. „Ein Bedürfnis zur Einbeziehung der Arbeiten in die deutsche Versicherung besteht bei weitaus überwiegender Beschäftigung von Ausländern nicht. Als unselbständiger Bestandteil des inländischen Betriebs können die Arbeiten in einem solchen Falle versicherungsrechtlich in der Regel auch nicht gelten. Denn gerade die Verwendung inländischer Arbeitskräfte schafft die enge Verbindung der ausländischen Arbeiten mit dem inländischen Betrieb und gerade mit Rücksicht auf sie ist der Ausstrahlungsbegriff aufgestellt worden. Werden dagegen ausschließlich oder weit überwiegend ausländische Arbeiter beschäftigt, dann gewinnen die ausländischen Arbeiten gegenüber dem inländischen Betrieb eine derartige Selbständigkeit, daß sie, sofern nicht andere nahe

Digitized by Google

Beziehungen hierzu nötigen, versicherungsrechtlich dem inländischen Betriebe nicht mehr zugerechnet werden dürfen."

Es zeigte sich deutlich, daß das bestehende Recht nicht ausreichte, um allen deutschen Arbeitern und Betriebsbeamten im besetzten Gebiete den Versicherungsschutz zu gewährleisten. Dieses Ergebnis war unbefriedigend. Es wurde vollends zur Ungerechtigkeit, wenn ein Gesetz deutsche Arbeiter unter Umständen zur Übernahme von Arbeit im Auslande zwang oder jedenfalls zu veranlassen suchte. Diesen Schritt hat das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 getan. Nach § 1 dieses Gesetzes ist jeder männliche Deutsche vom vollendeten 17. bis zum vollendeten 60. Lebensjahre, soweit er nicht zum Dienste in der bewaffneten Macht einberufen ist, zum vaterländischen Hilfsdienst während des Krieges verpflichtet. § 2 bestimmt, welche Personen als im vaterländischen Hilfsdienst tätig gelten (s. unten). Dabei wird nicht zwischen In- und Ausland unterschieden. Nach § 7 können die nicht im Sinne des § 2 beschäftigten Hilfsdienstpflichtigen zum vaterländischen Hilfsdienst herangezogen werden. Die Heranziehung erfolgt zwar in der Regel zunächst durch eine allgemeine Aufforderung zur freiwilligen Meldung, wenn dieser nicht entsprochen wird, durch besondere schriftliche Aufforderung an den einzelnen Hilfsdienstpflichtigen, bei einer der nach § 2 in Frage kommenden Stellen Arbeit zu suchen. Wenn aber der Gemahnte auch dieser Aufforderung binnen zwei Wochen nach Zustellung nicht nachkommt, wird er zu einer Beschäftigung überwiesen. Auch hierbei wird noch weitgehend auf Lebensalter, Familienverhältnisse, Wohnort, Gesundheit und bisherige Tätigkeit des Hilfsdienstpflichtigen „nach Möglichkeit" Rücksicht genommen. Es ist aber rechtlich nicht ausgeschlossen, daß er unter Umständen einem Betriebe im besetzten Auslande zugeteilt wird. Bis zur Stunde sind zwar noch keine Fälle bekannt geworden, in denen es überhaupt nötig gewesen wäre von den Zwangsbefugnissen des § 7 Gebrauch zu machen. Aufforderungen zur freiwilligen Meldung sind aber jeden Tag zu lesen, nicht selten auch solche zur Meldung für Arbeit hinter der Front. Viele Arbeiter sind auch schon diesem Rufe gefolgt. Es war deshalb ein dringendes Bedürfnis, ihre Versicherung zu ordnen.

II. Die Regelung durch die Bundesrats-Verordnung v. 24. Februar 1917.

a) Geltungsbereich der Verordnung.

Die neue Bundesratsverordnung regelt zwar nicht grundsätzlich die Versicherung aller deutschen Arbeiter und Betriebsbeamten in den besetzten Gebieten. Sie bringt insofern mehr, als sie ja Vorschriften für das In- und für das Ausland enthält. Dem Personenkreis nach beschränkt sie sich jedoch auf „die im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten". Wer gehört aber alles dazu? Nach § 2 des HDG. gelten als im vaterländischen Hilfsdienst tätig alle Personen, die bei Behörden, behördlichen Einrichtungen, in der Kriegsindustrie, in der Land- und Forstwirtschaft, in der Krankenpflege, in kriegswirtschaftlichen Organisationen jeder Art oder in sonstigen Berufen oder Betrieben beschäftigt sind, die für Zwecke der Kriegsführung oder der Volksversorgung unmittelbar oder mittelbar Bedeutung haben . . . Hinter der Front, in der anschließenden Etappe wird es im Ausland wohl kaum einen deutschen Betrieb geben, auf den diese Voraussetzungen nicht zutreffen würden. Solche Unternehmungen würden schon nicht zugelassen werden. Auch von der Front weiter entfernt werden deutsche Betriebe, die nach der RVO. unter die Unfallversicherung fallen würden, auf die aber § 2 des HDG. nicht zutreffen sollte, kaum in größerer Zahl vorhanden sein. Sollte es doch der Fall sein in einer Zeit und in Gebieten, wo alles auf die Kriegsführung und die Volksversorgung eingestellt ist, dann bestand für das Reich zur Zeit kein dringender Anlaß, sich mit ihrer Versicherung zu be-

Digitized by Google

schäftigen. Von solchen etwaigen Ausnahmen abgesehen, wird die BundesrV. in der Tat so ziemlich alle deutschen Arbeiter und Betriebsbeamten im besetzten Feindesland erfassen. Hilfsdienst leisten jetzt selbstverständlich auch diejenigen, die schon vor Erlassung des Reichsges. vom 5. Dezember 1916 eine Tätigkeit ausübten, worauf nun § 2 dieses Gesetzes zutrifft.

Die Verordnung bezieht sich auch nicht nur auf die Hilfsdienstpflichtigen, sondern auf alle, die Hilfsdienst im Sinne des Gesetzes vom 5. Dezember 1916 leisten. Zum vaterländischen Hilfsdienst verpflichtet sind nur männliche Deutsche zwischen 17 und 60 Jahren, leisten können ihn auch jüngere und ältere männliche Deutsche und vor allem auch Frauen. Auch auf sie erstreckt sich die Verordnung „soweit sie eine Beschäftigung ausüben, die bei den zum Hilfsdienst Verpflichteten eine Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst bildet" (§ 1 Abs. 2). Jedermann, jung oder alt, hoch und nieder, der eine Arbeitskraft zur Verfügung stellen kann, soll sich dem Dienste für das Vaterland widmen und da Verwendung finden, wo er sich am nützlichsten betätigen kann. Auf Vorbildung und bisherige Beschäftigung wird gewiß die schon um des Zweckes willen gebotene Rücksicht genommen; grundsätzlich gibt es hier aber keine Standesunterschiede. Gesellschaftliche Gesichtspunkte müssen deshalb auch hinsichtlich der Versicherung ausscheiden. Die Rechtsprechung zu den bisherigen Versicherungsgesetzen hat bekanntlich bei der Auslegung des Begriffs „Arbeiter" auch der sozialen Gliederung der Bevölkerung Rechnung getragen (vgl. insbes. Amtl. Nachr. d. RVA. 1897 S. 307 Nr. 1600 und S. 509 Nr. 1662; 1899 S. 645 Nr. 1785 u. a.). Sie hat die Annahme des Übertritts als Arbeiter in einen fremden Betrieb für ausgeschlossen erklärt bei solchen Personen, die ihrer sozialen Stellung nach nicht dem Arbeiterstand angehören und niemals Lohnarbeit verrichtet haben, auch wenn sie gelegentlich (es handelte sich meistens um ihr eigenes Interesse) eine Tätigkeit ausübten, die sonst regelmäßig Arbeiter verrichten. Die RekE. 1785 (Amtl. Nachr. 1899 S. 645) wendete diesen Grundsatz auch auf einen Betriebsunternehmer an, der der Heeresverwaltung in eigener Person mit seinen Pferden Vorspann leistete. Noch während des Krieges hat das RVA. ausgesprochen, daß freiwillige Erntehelfer höheren Standes bei der landwirtschaftlichen Betriebstätigkeit nicht versichert seien, wenn sie nur aus nationaler Begeisterung und ohne wirtschaftlichen Zwang die Arbeit verrichten, auch wenn sie in irgendeiner Form eine Gegenleistung erhielten. „Denn wenn auch jetzt viele im Interesse der Allgemeinheit gern eine Arbeit übernehmen, die zu anderer Zeit nur von „Arbeitern" geleistet wird, so bleibt doch dabei ihre wirtschaftliche und gesellschaftliche Stellung die alte." (Mtsbl. f. AV. 1916 S. 107). Die BundesrV. über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten kennt solche Gesichtspunkte nicht. Nach § 1 a. a. O. unterliegt grundsätzlich jedermann den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung, der eine Beschäftigung im Sinne des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst ausübt. Auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie der Angestelltenversicherung kann sich zwar nach Sonderbestimmungen der Verordnung sowie der BundesrBek. vom 30. 9. 1916 (RGBl. S. 1097) über Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges tatsächlich eine Ausnahme ergeben.*) Leute, die zuvor in keiner versicherten Beschäftigung standen und voraussichtlich auch später keine solche ausüben werden, sollen nicht gezwungen werden, Beiträge zu entrichten, die später nutzlos verfallen würden. Darüber hinaus unterliegt auch der nicht der Invaliden- und Hinterbliebenen-, der Angestellten- und der Kran-

*) In diesen Zusammenhang fällt auch die BundesrBek. v. 15. 3. 17 (RGBl. S. 231, ArbVers. S. 233.

Digitized by Google

kenversicherung, der auf Entgelt in jeder Form verzichtet. In der Unfallversicherung aber gibt es keine Ausnahmen. Wer im Hilfsdienst zu einer Tätigkeit oder in einem Betriebe verwendet wird, worauf sich die reichsgesetzliche Unfallversicherung erstreckt, ist versichert, es müßte denn bei Betriebsbeamten sein, daß ihr Jahresarbeitsverdienst 5000 ℳ an Entgelt übersteigt (§ 544 Abs. 1 Nr. 2, § 923 Abs. 1 Nr. 2 RVO.).

§ 1 der Verordnung beugt auch der Gefahr vor, daß etwa Hilfsdienstleistende als unfreie Arbeiter und aus diesem Grunde als nicht versichert angesehen werden könnten. Das deutsche Versicherungsrecht bezieht sich — von dem Reichsges. vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 536), betr. die Unfallfürsorge für Gefangene, abgesehen — grundsätzlich nur auf freie Arbeiter. Vor allem setzen die Invaliden- und HinterblV. sowie die Krankenversicherung (wie auch die AngestV.) eine Beschäftigung gegen Entgelt bei freiem wirtschaftlichen Austausch von Arbeit und Lohn voraus (vgl. Ziff. 23 der Anleitung des RVA. über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen). Das RVA. hat unter diesem Gesichtspunkt in der GrundsE. 2241 (Amtl. Nachr. 1916 S. 598) auch Befestigungsarbeiter für nicht versicherungspflichtig erklärt, die von den Gemeinden auf Grund des Gesetzes über die Kriegsleistungen vom 13. Juni 1873 der Heeresverwaltung zur Verfügung gestellt wurden. Nach § 6 dieses Gesetzes können die Gemeinden hierzu die zur Teilnahme an den Gemeindelasten Verpflichteten und die sonst in der Gemeinde sich aufhaltenden oder in ihr Eigentum besitzenden Reichsangehörigen heranziehen. Das RVA. führt aus, es handle sich demnach um eine rechtliche Verpflichtung, die unmittelbar auf Grund des Gesetzes bestehe. Wenn auch den zur Dienstleistung Herangezogenen nach näherer Vorschrift der §§ 7, 13, 20 bis 23 a. a. O. eine Vergütung zu gewähren sei, so würden doch die Dienste nicht um der Vergütung willen übernommen. . . . Es handle sich in solchen Fällen nicht um einen freien wirtschaftlichen Austausch von Arbeit und Lohn, so daß Versicherungspflicht nicht bestehe.

Wir glauben, daß diese Entscheidung zu weit geht und im Widerspruch steht zur bisherigen Rechtsübung des RVA. auf Gebiete des Naturalleistungsges., das schon für den Frieden ganz ähnliche Vorschriften aufstellte und öffentliche Pflichten begründete. Hier hat das RVA. wiederholt die Versicherung als gegeben angenommen (vgl. z. B.*) die Fälle des requirierten, nicht frei ermieteten Vorspanns, die behandelt wurden im Beschl. vom 24. 10. 05 — PrL. 16 033/04 —, abgedruckt in der Anlage zum Kompaß Bd. XIX S. 180, ferner in einem Streite der Ziegelei-BG. gegen die Intendantur des XVII. Armeekorps — PrL. 6539/05 — und in der RekE. des RVA. v. 7. 1. 09 — PrL. 19 344/07, abgedruckt in der Anlage zum Kompaß Bd. XVIII S. 6). Auch nach dem Kriegsleistungsgesetze gewährt die Heeresverwaltung die ortsüblichen Entschädigungen. Dienste nach diesem Gesetze wurden häufig sehr gern übernommen, oft auf Grund freiwilliger Meldung, wenn auch durch Vermittlung von Gemeinde- oder anderen Behörden. Die Gelegenheit zur Dienstleistung für das Heer beseitigte namentlich zu Beginn des Krieges vielfach die Gefahr der Arbeitslosigkeit und wurde in weiten Kreisen in diesem Sinne aufgefaßt und geschätzt, nicht als unfreie Arbeit betrachtet. Dem RVA. dürften bei seiner Entscheidung die tatsächlichen Verhältnisse zu wenig bekannt gewesen sein; sonst hätte es sich wohl nicht grundsätzlich in dem erwähnten Sinne festgelegt. Die Entscheidung zeigt aber, wie notwendig es war, in einer Verordnung zur Ausführung des Hilfsdienstgesetzes von vornherein jeden Zweifel darüber auszuschließen, als ob die Hilfsdienstpflichtigen als unfreie Arbeiter nicht versichert wären. § 1 Satz 2 besagt ausdrücklich, daß sie auch dann der reichsgesetzlichen Arbeiter- und Angestelltenver-

*) In verschiedenen anderen Fällen ist es nicht ohne weiteres ersichtlich, ob es sich um requirierte Leistungen handelte.

Digitized by Google

sicherung unterliegen, wenn die Beschäftigung nicht auf Grund freiwilliger Meldung stattfindet.

Die Verordnung erklärt im § 1 u. § 19 Satz 2 zunächst das geltende Versicherungsrecht für anwendbar, soweit sie nicht selbst anderes bestimmt. Sondervorschriften für die Unfallversicherung bringen sodann die §§ 10 bis 13. § 10 enthält die wichtigsten Neuerungen. Er regelt die Unfallversicherung im Ausland und zwar, wie wir sehen werden, mit wesentlichen Abweichungen von dem im Inland geltenden Rechte im Sinne möglichster Vereinfachung. Die Ausstrahlungslehre, mit deren Hilfe die Unfallversicherung im besetzten Feindeslande schon bisher zum Teil durchgeführt wurde, schaltet § 10 nicht grundsätzlich aus. Soweit das deutsche Versicherungsrecht schon bisher unverändert anzuwenden war, soll es dabei bleiben. Insoweit gilt die Neuregelung des § 10 nicht, wohl aber können auch in diesem Falle die §§ 11 bis 13 zutreffen. Dagegen unterstellt § 10 Abs. 1 alle Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst, die den reichsgesetzlichen Vorschriften über Unfallversicherung bisher um deswillen nicht unterlagen, weil sie im Ausland ausgeführt werden und nicht als unselbständige Bestandteile (Ausstrahlung) eines inländischen Betriebs anzusehen sind, neu der Unfallversicherung. „Dabei", also nur für diese Fälle, gelten die weiteren Bestimmungen des § 10, mit denen wir uns im folgenden zu beschäftigen haben. Sie regeln nicht das ganze Unfallversicherungsrecht. Grundsätzlich gilt auch in diesen Fällen fortan das Recht der RVO., nur mit den allerdings sehr weitgehenden Änderungen des § 10. Das neue Recht dieses Paragraphen bildet also systematisch nur eine Ergänzung des bisherigen Unfallversicherungsrechts; praktisch hat es die Bedeutung einer Neueinrichtung der Unfallversicherung für die Bedürfnisse im besetzten Auslande. Es gilt allerdings insoweit nicht, als Tätigkeiten in Frage kommen, die als unselbständiger Bestandteil (Ausstrahlung) eines inländischen Betriebs anzusehen sind. Wie wir eingangs gesehen haben, war diese Frage aber oft recht zweifelhaft. In vielen Fällen war die Annahme einer Ausstrahlung schon mehr erzwungen, ein Notbehelf, ohne den man eben nicht auskam, solange eine besondere Regelung der Unfallversicherung im Ausland fehlte. Versicherungsträger und Versicherungsbehörden bemühten sich redlich einen noch möglichst glimpflichen Ausweg zu finden, sei es auch mit einem sog. sacrificium intellectus, und dehnten den Begriff der Ausstrahlung schon sehr weit aus. Jetzt wird sich die Entwicklung wohl wieder in umgekehrter Richtung bewegen. Es wird im Zweifelfalle das Bestreben vorherrschen, die sicheren, einfachen Grundsätze des § 10 anzuwenden und möglichst alle Versicherten im Ausland im Sinne dieser Neuregelung gleich zu behandeln. Sie bietet auch die vernünftige Möglichkeit, nun zwischen deutschen und ausländischen Arbeitern durchwegs zu unterscheiden. Vaterländischen Hilfsdienst leistet für uns nur der deutsche Mann und die deutsche Frau.*) Nur ihre Tätigkeit wird durch die BundesrV. im Ausland der Unfallversicherung unterstellt. Wird also die Versicherung einer Betriebstätigkeit von dieser Verordnung abgeleitet, dann sind nur die deutschen Arbeitskräfte versichert, nicht auch ausländische Arbeiter, die etwa im gleichen Betriebe mit tätig sind. Bei der Annahme einer Ausstrahlung der Arbeiten von einem Betriebe im Inlande dagegen müßte man nach der Entscheidung des RVA. auch die ausländischen Arbeiter als versichert gelten lassen.

*) Wegen bestimmter Angehör. der österr.-ung. Monarchie s. nun BundesrBek. v. 4. 4. 17 (RGBl. S. 317).

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 2 der **Amtl. Nachr.** vom 28. Februar 1917.)

I. Unfallversicherung.

In den Fällen der §§ 1695, 1696, 1700 RVO. ist die Revision oder der Rekurs auch dann ausgeschlossen, wenn es sich in erster Linie um die Rechtzeitigkeit der Berufung handelt (Großer Senat 2930 S. 237).

Ist innerhalb der ersten beiden Jahre nach dem Unfall rechtsgültig die Dauerrente festgestellt, so kann bei einer späteren, in derselben Frist erfolgenden Feststellung, bei der die sachlichen Voraussetzungen für Gewährung einer vorläufigen Rente an sich bestanden haben, eine vorläufige Rente nicht mehr festgestellt werden. Die Bezeichnung der Rente als vorläufige ist in solchem Falle wirkungslos, auch wenn der Bescheid unangefochten bleibt (2931).

Der Rekurs ist, wenn es sich um Krankenbehandlung handelt, nach § 1700 Ziff. 1 RVO. auch dann ausgeschlossen, wenn unter den Parteien Streit über den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Leiden besteht, für dessen Heilbehandlung der Kläger die Kosten verlangt (2932).

Die Verlängerung der Rekursfrist auf ein Jahr nach § 1711 RVO., findet nicht statt, wenn der Vermerk über die Unzulässigkeit des Rekurses zur Zeit der Entscheidung des Oberversicherungsamts zutraf, der Rekurs aber nachträglich durch Erweiterung des Anspruchs zulässig geworden sein mag (2933).

Der Ablauf der Frist zur Anmeldung des Entschädigungsanspruchs für den Verletzten wirkt auch gegen die Landesversicherungsanstalt. Satz 2 des § 1523 mit Satz 2 des § 1509 kommt hierbei nicht in Frage (2934).

Nach § 644 RVO. ist ein Vermögensteil immer zu überweisen, wenn nach § 643 eine Entschädigungspflicht übergeht, gleichviel wann der Entschädigungsanspruch wirksam geworden ist (2935).

Wenn das Oberversicherungsamt das Verfahren über einen neuen (Einspruchs-) Bescheid nach § 1608 Abs. 2 RVO. an sich gezogen und über die schwebende Berufung und den neuen Bescheid in einem Urteil erkannt hat, ist der Pauschbetrag nach § 80 Abs. 2 RVO. nur einmal fällig (2036).

Personen des Soldatenstandes, die in Privatbetrieben beschäftigt werden, unterliegen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung nur, wenn sie „beurlaubt", nicht auch, wenn sie „kommandiert" sind; vom Dienst „Zurückgestellte" sind versicherungsrechtlich wie Zivilpersonen zu behandeln (2937).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gegen das Urteil eines Oberversicherungsamts, durch das ein Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens als unzulässig zurückgewiesen wird, ist Revision nicht zulässig, wenn es sich in der Hauptsache um einen der in §§ 1695, 1696 RVO. bezeichneten Fälle handelt (2301).

Ein von der Kasse ausgesteuerter arbeitsunfähiger Versicherter hat auf Grund freiwilliger Weiterversicherung keinen Anspruch auf Krankengeld, wenn bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ein neues Arbeitsunfähigkeit bedingendes Leiden hinzutritt (2302).

Die Schwangerschaftsbeihilfe aus § 3 Ziff. 3 der Bek. v. 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) ist mit Ablauf der Woche, in welcher die Hebamme oder der Arzt in Anspruch genommen wurde, auszuzahlen (2303).

Ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 1 der Bek. v. 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) besteht, wenn das Kind im Ehebruch erzeugt ist, bei Lebzeiten des Ehemannes jedenfalls solange, als dieser die Ehelichkeit des Kindes nicht nach §§ 1593, 1596, 1597 BGB. angefochten hat (2304).

Einer Wöchnerin, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO., nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 der Bek. v. 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) hat, ist das Wochengeld nur nach der Satzung ihrer Kasse, nicht nach § 3 Ziff. 2 der Bek. zu gewähren (2305).

Das Ausscheiden eines Versicherten wegen Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO. tritt mit dem Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung ein, gleichviel ob der Versicherte bereits an diesem Tage als erwerbslos betrachtet werden kann oder nicht (2306).

Die Bekanntmachungen des Reichskanzlers über die Verjährungsfristen v. 22. Dezember 1914 (RGBl. S. 543) und v. 4. November 1915 (RGBl. S. 732) gelten auch für Ansprüche auf Krankenkassensterbegeld (2307).

Gewährt eine Krankenkasse satzungsgemäß das Krankengeld allgemein für Sonn- und Feiertage (§ 191 Abs. 1 RVO.), so ist der Unfallzuschuß (§ 573 Abs. 1) auch für diese Tage zu zahlen und der Kasse nach § 576 Abs. 1 zu ersetzen (2308).

Gewährt eine Krankenkasse einem gegen Krankheit versicherten Unfallverletzten, der nach dem 2. Buche der

Digitized by Google

RVO. und der Kassensatzung keinen Anspruch auf Krankenhilfe hat, nach §§ 573, 575 RVO. Krankenhilfe, so sind ihr diese Mehraufwendungen nach § 576 Abs. 2 zu ersetzen (2309).

Abgabe einer Streitsache nach § 1693 RVO. ist unzulässig, wenn die Entscheidung über den Anspruch nicht von der Entscheidung einer grundsätzlichen Frage abhängt (2310).

Gegen die Versagung der Genehmigung zur Übertragung eines Anspruchs nach § 119 Abs. 2 RVO. ist Beschwerde an das Oberversicherungsamt nach § 1792 zulässig, das nicht endgültig entscheidet. Die Genehmigung darf nur erfolgen, wenn sie im wohlverstandenen Interesse des Berechtigten liegt (2311).

Die Gewährung von Sachleistungen an Trunksüchtige (§ 120 RVO.) kann auch im Gebiete der Invalidenversicherung schon vor Feststellung der Barleistungen angeordnet werden. Zur Entscheidung zuständig ist das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Bezugsberechtigte zur Zeit des Antrags auf Gewährung von Sachleistungen wohnt (2312).

Dem nach § 174 RVO. auf Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht Befreiten steht gegen die Entscheidung des Kassenvorstandes (§ 175 Abs. 1), durch die die Befreiung ausgesprochen ist, kein Beschwerderecht zu (§ 2313).

Die vom Reichsversicherungsamt für die Unfallversicherung aufgestellten Grundsätze darüber, ob ein Betrieb Teil oder Nebenbetrieb eines anderen Betriebs ist, sind auch für die Krankenversicherung maßgebend. — Besteht für einen Schankbetrieb eine Innungskrankenkasse, so gehört zu ihr auch ein Theaterbetrieb, der einen Teil oder Nebenbetrieb der Schankwirtschaft bildet (2314).

Für Streit aus dem Dienstverhältnis der Kassenbeamten, denen nach § 359 Abs. 4 RVO. die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind, gelten die Verfahrensvorschriften des § 358 nicht. In dem Regulativ für diese Kassenbeamten darf auch nicht bestimmt werden, daß § 358 entsprechend anzuwenden sei (2315).

Widerruf der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 418 RVO. ist zulässig. Über den Widerruf entscheidet der Kassenvorstand. Für die Zulässigkeit ist mindestens erforderlich, daß eine der Voraussetzungen des § 418 Abs. 2 weggefallen ist (2316).

Eine auf Grund des § 531 Abs. 2 RVO. verhängte Strafe kann auf einen beliebigen Betrag vom Einfachen bis zum Fünffachen der Beitragsrückstände festgesetzt werden (2317).

Angehörige feindlicher Staaten, die seit Ausbruch des Krieges in Deutschland zurückgehalten und daher nicht invalidenversicherungspflichtig sind, können sich, wenn sie vorher versicherungspflichtig waren, freiwillig weiterversichern (2318).

Bureauassistenten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, die nach ihrem Anstellungsvertrage nur Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenengeld nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte (nicht auf Bezüge nach § 1234 RVO.) haben, sind nicht nach § 1234 RVO. versicherungsfrei (2319).

B. Allgemeines.

„Hauptberuf" eines pensionierten Gerichtssekretärs.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** v. 23. Februar 1917 (B. K. 26/17).

Nach der Auskunft der .... Berufsgenossenschaft in Verbindung mit der an das Versicherungsamt zu C. unter dem 25. November 1915 erteilten Auskunft war K. gegen ein monatliches Gehalt von 110 ℳ angenommen und sollte eine selbständige Expeditionsstelle übernehmen. Daß seine Leistungen den Anforderungen nicht entsprochen haben, ändert nichts daran, daß er hiernach gemäß Ziff. 43 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 als Beamter mittlerer Stufe zur Klasse „andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung" gehört. Er unterliegt demnach nur der Versicherungspflicht, wenn: 1. sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 ℳ nicht übersteigt und 2. diese Beschäftigung seinen Hauptberuf bildet.

Daß sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst unter 2500 ℳ betragen hat, steht fest. In Betracht kommt nicht, wie der Beschwerdeführer annimmt, sein Jahreseinkommen aus sämmtlichen ihm zur Verfügung stehenden Einkommensquellen, sondern nur der Verdienst aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, also hier aus seiner Beschäftigung bei der .... Berufsgenossenschaft (siehe Hahn, Handbuch der Krankenvers. Anm. 25 c zu § 165 RVO.). Da das monatliche Einkommen nur 110 ℳ beträgt, ergibt sich hiernach ein Jahresarbeitsverdienst unter 2500 ℳ.

Weiterhin muß auch angenommen werden, daß diese Beschäftigung den Hauptberuf des Beschwerdeführers gebildet hat. Den zutreffenden Ausführungen des Vorderrichters ist in dieser Hinsicht nichts hinzuzufügen. Der Hinweis des Klägers auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 58) ist verfehlt. In dieser handelt es sich um einen beim statistischen Amt als Hilfsarbeiter gegen jährliche Tagegelder von 1600 ℳ beschäftigten Oberstleutnant a. D., der ein jährliches Ruhegehalt von 4899 ℳ bezog, während

Digitized by Google

der Beschwerdeführer als früherer Gerichtssekretär zu den mittleren Beamten zählt und seine jährliche Pension nur 1716 ℳ beträgt. Die erwähnte Entscheidung kann also weder hinsichtlich der gesellschaftlichen Stellung des Beschwerdeführers noch in wirtschaftlicher Beziehung, also bei einer Gegenüberstellung der Einkünfte aus der Pension und aus der hier in Rede stehenden Beschäftigung bei der .... Berufsgenossenschaft zugunsten des Beschwerdeführers angezogen werden. Mit Recht weist der Vorderrichter weiter darauf hin, daß bei einer Jahrespension von 1716 ℳ eine jährliche Einnahme von 1320 ℳ auch in wirtschaftlicher Hinsicht ausschlaggebend genannt werden muß. Hinzu kommt noch, daß die Beschäftigung bei der .... Berufsgenossenschaft nicht nur nebenher ausgeführt wurde, sondern die Arbeitskraft des Beschwerdeführers vollständig oder zum mindesten hauptsächlich in Anspruch genommen hat.

Nach alledem unterliegt die Tätigkeit des Beschwerdeführers der Krankenversicherungspflicht.

Hiernach entfallen aber auch die übrigen Anträge desselben; es erübrigt sich daher, näher auf sie einzugehen.

Diese Entscheidung ist endgültig. (§ 405 Abs. 2 der RVO.)

Beschluß des Oberversicherungamts Groß-Berlin vom 23. Februar 1917 — B. K. 26/17.

Grenze der Bindung des ordentlichen Gerichts an die Entscheidung der Versicherungsbehörden nach § 1543 RVO.

Entscheidung des **Oberlandesgerichts Hamburg** vom 18. November 1916.

Die in dem Feststellungsverfahren der Berufsgenossenschaft über den Umfang der Erwerbsbeschränkung eines Verletzten getroffene Feststellung ist für den zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch des Verletzten gegen den Täter nicht bindend. Es ist zwar nicht zu verkennen, daß § 1543 RVO. zur Verhütung von Widersprüchen zwischen den Entscheidungen ein Feststellungsverfahren nach RVO. und den Entscheidungen der ordentlichen Gerichte besteht. Gesetzlich ist diese Rechtskraftwirkung aber nur im Verhältnis zwischen Ersatzpflichtigen und Versicherungsträger ausgesprochen, während das Gesetz die Frage der Bindung der Feststellungsbescheide im Verhältnis vom Verletzten und Ersatzpflichtigen offen läßt Auch die nach §§ 1590, 1591 RVO. für den Verletzten eintretende Rechtskraftwirkung der Feststellungsbescheide erstreckt sich nur auf das Verhältnis zwischen Verletzten und der festsetzenden Berufsgenossenschaft. Eine aus § 325 ZPO. zu folgernde erweiterte Rechtskraftwirkung ist ebenfalls nicht vorhanden, weil die beklagte Straßenbahngesellschaft als Ersatzpflichtige nicht Rechtsnachfolgerin der Berufsgenossenschaft ist, sondern regreßpflichtige Dritte und eine Rechtsnachfolge gemäß § 1542 RVO. nur im Verhältnis zwischen dem Verletzten und seiner Berufsgenossenschaft in Betracht kommen kann. So sehr sich auch die Erwägung rechtfertigen mag, daß der Umfang der Erwerbsfähigkeit sich nicht verschieden je nach der Person des Anspruchinhabers, sondern nur einheitlich feststellen läßt, soweit ein Fall gegeben ist, wo das im Streit befangene Rechtsverhältnis bei mehreren Beteiligten eine verschiedene Beurteilung nicht finden sollte, so können doch rein logische Erwägungen mangels positiver Gesetzesnormen über die Erweiterung solcher Rechtskraftwirkung zu solcher Bindung nicht führen. („Recht" 1917 Entsch. Nr. 505.)

Bei Streit über einen Ersatzanspruch des Armenverbandes ist im Verfahren nach § 1540 RVO. auch über den Anspruch des Unterstützten gegen die Kasse zu entscheiden. — Krankenhaus als Wohnort (§ 1637).

Entscheidung des **bayer. Landesversicherungsamts** v. 8. Juli 1915.

Die Verwaltung des städtischen Krankenhauses O. hat dem G. die Krankenhilfe als Organ der örtlichen Armenpflege gewährt. Das beweisen die Anzeigen vom 4. Juni 1914, worin die in Betracht kommenden Organe der Armenpflege von der Erkrankung verständigt wurden. Für den armenrechtlichen Ersatzanspruch der Aufenthaltsgemeinde ist es von ausschlaggebender Bedeutung, ob G. einen Anspruch auf Krankenhilfe nach der RVO. hatte. Es genügt nicht, wenn diese Frage bloß als Inzidentpunkt in dem Verfahren nach Art. 43 des (bisherigen) bayer. Armengesetz gewürdigt wird; sie muß vielmehr vor der Durchführung des armenrechtlichen Ersatzanspruches in einer Weise entschieden sein, welche alle Beteiligten bindet. Eine solche Entscheidung kann aber nur in dem durch die RVO. eingerichteten besonderen Verfahren ergehen. Die Krankenhausverwaltung hat deshalb mit Recht die Entscheidung des Versicherungsamts über diese Vorfrage angerufen.

Die Entscheidung der Versicherungsbehörden darf sich aber nicht auf die Frage beschränken, ob G. Mitglied der Allg. OKK O. war, sondern sie muß die Ersatzpflicht der Allg. OKK O. im ganzen erfassen.

Für die Zuständigkeit des VAmts ist nicht § 1788, sondern § 1773 mit § 1637 RVO. maßgebend. Die Verwaltung des städtischen Krankenhauses O. hat am 13. November 1914 auf Entscheidung des VAmts angetragen. Zu dieser Zeit war G. in die Heil- und Pflegeanstalt M. untergebracht. M. gilt demnach als Wohnort im Sinne des § 1637 RVO. (vgl. RVAE. 1617, Bd. 32 Beil. S. 38). Auch jetzt befindet sich G. noch im Bezirk des VAmts M. Daher ist das VAmt M. zur Entscheidung des Streites zuständig.

(Reger, Entsch.)

Digitized by Google

C. Zur Krankenversicherung.

Ablehnung der Aufnahme in die knappschaftliche Krankenkasse wegen Krankheit.

Entsch. des **Knappschafts-Oberversicherungsamts Dortmund** v. 16. Dezember 1916 (IV 203/16).

Der Bergmann Gr., geboren am 16. März 1863, ist seit dem 27. September 1912 wegen Gelenkrheumatismus und asthmatischer Beschwerden mit einer Berginvalidenrente von 37,15 ℳ monatlich knappschaftlich invalidisiert. Unterm 2. August 1916 beantragte er beim Allgemeinen Knappschaftsverein seine Wiederaufnahme in die Krankenkasse, da er nach Ausweis seines Lohnbuches regelmäßig arbeite und durchschnittlich 127 ℳ monatlich verdiene. Die zuständigen Knappschaftsvereinsorgane lehnten den Antrag ab, weil Gr. nach ärztlichem Gutachten wegen seines chronischen Gelenkrheumatismus nicht aufnahmefähig sei.

Gegen diese Entscheidung hat Gr. Berufung eingelegt und beantragt, den Allgemeinen Knappschaftsverein zu verurteilen, ihn in die Krankenkasse aufzunehmen. Das Knappschafts-Oberversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Nach § 3 Abs. 2 der Satzung des Knappschaftsvereins sind nur solche Personen aufnahmefähig in die Krankenkasse, die gesund und arbeitsfähig sind, d. h. deren Gesundheitszustand ein derartiger ist, daß eine baldige Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 15 Abs. 2 der Satzung nicht zu erwarten ist. Diese Voraussetzung ist bei dem Kläger nicht erfüllt. Er ist seit dem 27. September 1912 wegen chronischem Gelenkrheumatismus und asthmatischer Beschwerden Knappschaftsinvalide und seit 3. April 1913 von der Krankenversicherungspflicht befreit. Die Ärzte . . . haben sich auf Grund der am 31. August 1916 vorgenommenen Nachuntersuchung dahin geäußert, daß Kläger wegen chronischem Gelenkrheumatismus nicht in die Krankenkasse aufgenommen werden könnte. Die Gutachter sind der Auffassung, daß die Voraussetzungen des § 3 der Satzung nicht gegeben sind.

Das Gericht ist dem einwandfreien Gutachten beigetreten. Nach dem festgestellten Befunde kann die Voraussetzung des § 3 der Satzung als vorliegend nicht erachtet werden, die Aufnahme in die Krankenkasse ist deshalb mit Recht abgelehnt worden. Die Ansicht des Klägers, daß § 3 Abs. 2 der Satzung nur auf neu eintretende Personen Anwendung finden könne, für ihn aber nicht in Betracht komme, da er **von Jugend auf auf der Zeche beschäftigt** gewesen und als Berginvalide ständiges Mitglied des Allgemeinen Knappschaftsvereins sei, ist verfehlt. Es muß auch bei Berginvaliden, die von der Krankenversicherungspflicht befreit sind und wieder in die Krankenkasse aufgenommen werden wollen, in jedem einzelnen Falle geprüft werden, ob die Voraussetzungen des § 3 der Satzung gegeben sind oder nicht. Nach dem von den Ärzten erhobenen Befunde kann der Kläger aber nicht als gesund und arbeitsfähig angesehen werden. Auch dem Umstand, daß der Kläger im letzten Jahre regelmäßig arbeitet und **monatlich 120 bis 160 ℳ** verdient, kann ausschlaggebende Bedeutung nicht beigemessen werden, da für die Aufnahme in die Krankenkasse nicht die Arbeitsleistung als solche, sondern der körperliche Zustand maßgebend ist.

Anmerkung: Uns liegen noch zwei andere, in gleichem Sinne ergangene Entscheidungen desselben Oberversicherungsamts v. 22. Februar 1917 vor. In beiden Fällen handelte es sich um Bergleute, die trotz gewisser chronischer Leiden **regelmäßig arbeiteten** und durchschnittlich, der eine **150 bis 160 ℳ im Monat, der andere sogar 8 ℳ täglich verdienten.** Es ist also damit zu rechnen, daß das Oberversicherungsamt seine früher zur Geltung gebrachte gegenteilige Beurteilung derartiger Fälle (ArbVers. 1916 S. 55) endgültig aufgegeben hat und grundsätzlich die schon in einer Entscheidung v. 13. Oktober 1916 vertretene und von uns als rechtsirrig gekennzeichnete Auffassung (das. S. 853 nebst Anm. S. 854) auch weiterhin vertreten wird. Das ist sehr zu bedauern, aber es hat wenigstens den Vorteil, daß es die Unhaltbarkeit des § 497 RVO., der eine solche Rechtsübung ermöglicht, grell beleuchtet. Die dort vorgesehene Befreiung von der „Versicherungspflicht" ist nämlich in Wahrheit nur eine Befreiung vom knappschaftlichen Krankenkassenzwange und läßt die reichsrechtliche Krankenversicherungspflicht unberührt (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. zu § 497). Infolgedessen fallen die minder guten Versicherungsrisiken, die von der knappschaftlichen Krankenkasse abgelehnt werden, der Ortskrankenkasse zu — nach der hübschen Umkehrung des Spruches des Erbsen lesenden Aschenbrödels: „Die guten ins Kröpfchen, die schlechten ins Töpfchen." Man wird bei einer Änderung der Reichsversicherungsordnung an diesem Mißstande nicht vorübergehen können. Leute, die gut genug für regelmäßige bergmännische Arbeit sind, müssen auch gut genug für die knappschaftliche Krankenkasse sein und dürfen nicht, mindestens nicht wider ihren Willen, von der knappschaftlichen Versicherung ausgeschlossen werden.

Durch Kündigung nach § 302 RVO. endigen mit Ablauf der Frist die Gehaltsansprüche des Angestellten an die geschlossene Kasse.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** v. 23. Februar 1917 (B. K. 241/16).

Das Versicherungsamt führt zutreffend aus, daß der Beschwerdeführer, nachdem ihm auf Grund der Vorschriften des § 302 RVO. und Art. 32 EinfGes. ordnungsmäßig gekündigt worden ist, für die Zeit nach dem 30. September 1914 Gehaltsansprüche weder an die geschlossene Ortskrankenkasse für den Amtsbezirk B. noch an die Allgemeine Ortskrankenkasse N.

Digitized by Google

hat. Die Vorschriften des Art. 34 EinfGes., auf welche in der Beschwerdeschrift Bezug genommen wird, betreffen nicht die Angestellten geschlossener oder aufgelöster Krankenkassen, sondern nur diejenigen, welche bei der durch die Reichsversicherungsordnung bedingten Neuordnung des Krankenkassenwesens Angestellte ihrer bisherigen Kasse bleiben und der Dienstordnung unterstellt werden.

Aufrecht erhalten bleiben allerdings die Ansprüche derjenigen Angestellten, welche vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bereits aus dem Kassendienste ausgeschieden waren und Ruhegehalt bezogen. Zu diesen Angestellten, auf welche lediglich sich der in der Beschwerdeschrift angezogene Erlaß des Reichskanzlers vom 26. November 1913 *) bezieht, gehört aber der Beschwerdeführer nicht. Auch aus den Vorschriften des § 301 der RVO. über das Fortbestehen der Krankenkassen bis zur ordnungsmäßigen Abwicklung der Geschäfte kann er ein Recht auf Weiterzahlung des Gehalts über den 30. September 1914 hinaus nicht geltend machen. Denn die Geschäfte der Kasse waren ihm gegenüber mit der Zuweisung des Gehalts bis zu diesem Zeitpunkte ordnungsmäßig abgewickelt.

Durch die Vorschriften des § 302 RVO. sowie der Art. 32. 34, 35, 39 EinfGes. sind übrigens, wie aus dem Wortlaut der Vorschriften klar hervorgeht, auch früher rechtsgültig zustandegekommene Vereinbarungen über Anstellung und Gehaltszahlung in gewissen Grenzen beseitigt worden. Ein solcher gesetzlicher Eingriff in bestehende Rechte kann nicht als unbillig angesehen werden, wenn man erwägt, daß hier eine öffentlich-rechtliche Korporation untergangen ist, und infolgedessen die auf Leistung und Gegenleistung beruhenden Beziehungen dritter Personen zu ihr aufhören müssen.

Diese Entscheidung ist vorbehaltlich einer Entscheidung im ordentlichen Rechtswege endgültig. (§ 358 RVO.)

Beiträge des Arbeitgebers müssen in der Frist des § 313 RVO. geleistet sein, um zur Weiterversicherung des aus der Beschäftigung Ausgeschiedenen zu dienen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Januar 1917 (II a K. 337/16).

Nach § 11 Abs. 2 der Satzung der beklagten Kasse muß ein Kassenmitglied, das nach Erfüllung einer gewissen Wartezeit aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet und Mitglied bleiben will, es der Kasse binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden anzeigen. Nach Abs. 2 Satz 3 a. a. O. steht es der Anzeige gleich, wenn in der gleichen Frist die satzungsmäßigen Beiträge voll gezahlt werden. Diese Satzungsbestimmung stimmt mit der entsprechenden Vorschrift des § 313 Abs. 2 RVO. wörtlich überein. Hiernach erfordert die Weiterversicherung zunächst den Willen des ausgeschiedenen Kassenmitgliedes, freiwillig Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse zu bleiben. Ferner bedarf es aber auch der Erklärung dieses Willens. Sie kann ausdrücklich durch eine entsprechende Anzeige bei der Kasse oder stillschweigend, durch Beitragszahlung, erfolgen. Endlich muß die Willenserklärung — in der einen oder anderen Form — innerhalb einer festgesetzten Frist von drei Wochen nach dem Ausscheiden abgegeben sein (zu vgl. Entsch. 1992, Amtl. Nachr. 1915 S. 432, Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 5 zu § 313 RVO.). Der Kläger behauptet, den Willen, sich weiter zu versichern, gehabt zu haben. Eine Anzeige an die Kasse ist nicht erfolgt. Es fragt sich, ob eine gültige Erklärung der Weiterversicherung noch in der Beitragszahlung gefunden werden kann, die nach dem Ausscheiden des Klägers aus der Kasse am 15. September 1915 erstmalig Mitte November 1915 geschah, als die Kasse ohne Kenntnis von dem Ausscheiden die bis dahin aufgelaufenen rückständigen Pflichtbeiträge für den noch nicht abgemeldeten Kläger von dessen Arbeitgeber einzog. Diese Frage war zu verneinen. Es kommt hier nicht, wie das Oberversicherungsamt annimmt, darauf an, ob die Kasse im allgemeinen an den in der Satzung festgelegten vierwöchigen Zahltagen festgehalten oder stillschweigend geduldet hat, daß die Beiträge in längeren Zeiträumen — gelegentlich der Behändigung des Mahnzettels durch den Vollziehungsbeamten der Vollstreckungsbehörde — abgeführt werden. Aus einem solchen der strengen Satzungsbestimmung gegenüber etwa eingeführten milderen Gebrauch könnten nur dort für die Versicherten oder Arbeitgeber günstige Folgerungen gezogen werden, wo Nachteile in Betracht kommen, die den Beteiligten aus unpünktlicher Beitragszahlung erwachsen. Bei der nach § 313 a. a. O. für die Erklärung der freiwilligen Weiterversicherung bedeutsamen Beitragszahlung handelt es sich aber nicht um die üblichen laufenden Beiträge, sondern um eine einzelne Beitragszahlung, die nach der ausdrücklichen Vorschrift des Gesetzes innerhalb einer Frist von drei Wochen nach dem Ausscheiden erfolgt sein muß, um die Willenserklärung, sich freiwillig weiterversichern zu wollen, zum Ausdruck zu bringen. Wenn im Gesetze nachgelassen ist, daß die Anzeige der Weiterversicherung durch eine Beitragszahlung „in der gleichen Frist" ersetzt werden darf, so kann einer späteren Beitragszahlung die gleiche Wirkung nicht mehr zugestanden werden. Nach Ablauf der drei Wochen ist die Erklärung, sich weiterversichern zu wollen, in keiner Form mehr zulässig

---

*) ArbVers. 1914 S. 38.

Digitized by Google

Portofreie oder portopflichtige Abführung der 4/5 der Arbeitgeberbeiträge an die Ersatzkasse? (§ 518 RVO.)

Entscheidung des **Amtsgerichts Dortmund** vom 9. März 1917 (20 C. 11/17).

Eine Ortskrankenkasse hatte bei Abführung der 4/5 der Arbeitgeberbeiträge an eine Ersatzkasse (§ 518 RVO.) 2 M. Portokosten abgezogen. Die Ersatzkasse klagte diesen Restbetrag im ordentlichen Rechtsweg ein, wurde jedoch abgewiesen aus folgenden Gründen:

Es handelt sich lediglich um die Auslegung des Wortes „abzuführen". Nach § 518 RVO. und nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 14. Mai 1914 haben die Krankenkassen an die Ersatzkassen die bei ihnen für die Mitglieder der Ersatzkasse nach § 517 Abs. 2 RVO. eingehenden Beitragsteile der Arbeitgeber zu 4/5 bis zum Ende des auf ein Kalendervierteljahr folgenden Monats „abzuführen". Dabei haben sie ein Verzeichnis ihrer Mitglieder .... beizufügen.

Wenn auch nach § 270 BGB. der Schuldner Geld im Zweifel auf seine Kosten dem Gläubiger an dessen Wohnsitz zu übermitteln hat, so sind doch nach Artikel 11 des Pr. A. G. zum BGB. Zahlungen aus öffentlichen Kassen, wenn nicht ein anderes bestimmt ist, an der Kasse in Empfang zu nehmen. Die Beklagte ist unstreitig eine solche öffentliche Kasse.

Im vorliegenden Falle ist etwas anderes nicht bestimmt worden. Bei zwangloser Auslegung des Wortes „abzuführen" gelangt das Gericht nicht zu der Ansicht der Klägerin, daß damit gleichzeitig eine portofreie Übersendung der Beiträge gemeint ist. Abführung ist nicht gleichbedeutend mit Zuführung auf Kosten des Schuldners im Gegensatz zur Empfangnahme an der Kasse des Schuldners, auch nicht gleichbedeutend mit dem im § 270 BGB. gebrauchten Ausdruck: „übermitteln". Vielmehr soll die betreffende Krankenkasse offenbar mangels anderer Anhaltspunkte an die Ersatzkasse nur ganz allgemein die Beiträge abgeben, ableiten, zur Verfügung stellen. Unerheblich ist es, daß die Krankenkassen bei der Abführung der Gelder ein Mitgliederverzeichnis gleichzeitig beizufügen haben. — Den Gründen des Urteils des Amtsgerichts Remscheid vom 29. Oktober 1915 schließt sich das Gericht nach dem Gesagten nicht an.

Anmerkung: Die Entscheidung ist nicht überzeugend. Wir verweisen auf unsere abweichende Auskunft in ArbVers. 1916 S. 694 Ziff. 6, auch 1917 S. 211 Ziff 5. Es erscheint uns nicht „unerheblich", daß mit der Abführung des Betrages zugleich die Übersendung eines Verzeichnisses der in Frage kommenden Mitglieder, der für sie gezahlten Arbeitgeberbeiträge und des Zeitraumes, für den diese Beiträge gezahlt sind, zu übersenden ist (vgl. ArbVers. 1914 S. 224). Die Kosten der hierdurch der Krankenkasse zur Pflicht gemachten Abrechnung und Sendung gehören, wie die durch Erfüllung anderer öffentlich-rechtlicher Pflichten entstehenden Kosten, zu den allgemeinen Verwaltungskosten, die die Krankenkasse auf sich zu nehmen hat und wegen deren sie daher keinen Abzug von dem der Ersatzkasse gebührenden Betrage machen darf. Die gegenteilige Auffassung widerstreitet der Verkehrssitte.

Für Kriegsfürsorge hat eine Gemeinde keinen Ersatzanspruch an eine Krankenkasse.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Merseburg** vom 2. März 1917 (18/16 K.).

Die Ehefrau eines Kriegsteilnehmers war Mitglied einer Krankenkasse, die als Familienhilfe Zuschüsse zu den Kosten der Krankenhauspflege für Kinder eines Mitgliedes gewährt. Das Kind der Frau war im Krankenhause auf Kosten der Armenverwaltung verpflegt worden. Diese verlangt von der Krankenkasse den satzungsmäßigen Zuschuß. Die Kasse lehnte ab, wurde aber vom Versicherungsamt zur Zahlung verurteilt. Auf Berufung der Kasse wurde das Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Der Ersatzanspruch des Armenverbandes (Armendirektion) aus § 1531 der RVO. würde nur begründet sein, wenn und soweit seine Aufwendungen sich darstellten als Kosten der Armenpflege. Nach Ziff. 8 der Verfügung des Ministers des Innern vom 21. April 1915 betr. Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften (Ministerialblatt für die preußische innere Verwaltung 1915 S. 78 ff.) hat im Falle der Unterstützungsbedürftigkeit keine Unterstützung nach armenrechtlichen Grundsätzen, sondern stets die Kriegsfürsorge einzutreten. Hiernach konnte der Anspruch der Armendirektion Halle gegenüber der Kasse nicht für begründet erachtet werden.

Bemerkt wird noch, daß das Oberversicherungsamt insoweit den Ausführungen der beklagten Ortskrankenkasse nicht beitreten konnte, als diese als hilfsbedürftig bzw. unterstützt allein den Vater der M. U. ansieht. Der Vater ist seit geraumer Zeit infolge seiner Einberufung zum Heeresdienst nicht in der Lage, selbst und allein für den ihm gesetzlich obliegenden Unterhalt seiner Familie zu sorgen; nach §§ 1606, 1607 tritt in solchen Fällen als unterhaltungspflichtig auch die Mutter ein. Die Mutter der U. hat auch offenbar für sich diese Pflicht anerkannt, indem sie eine Beschäftigung gegen Entgelt übernommen hat. Hiernach kann nicht anerkannt werden, daß nach dem Grundsatz der armenrechtlichen Familieneinheit hier nur der Vater als Familienhaupt unterstützt worden wäre.

Fraglich erscheint, ob überhaupt der Armenverband hier eingreifen mußte; da die Mutter Pflichtmitglied der beklagten Kasse ist, stand ihr auch ein Anspruch auf Familienhilfe zu, die von der Kasse als Mehrleistung gemäß Reichsgesetz vom 4. August 1914 beibehalten worden ist.

Digitized by Google

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1917 S. 49 ff.)

Nr. 181. Ein Zahntechniker in einem kleineren Orte, der lediglich im Laboratorium nach den Anordnungen seines Arbeitgebers tätig ist und nur vereinzelt in Abwesenheit des Arbeitgebers in leichteren Fällen Zähne zieht, dagegen sonst mit der Behandlung, insbesondere mit dem Einsetzen von Gebissen, dem Abdrucknehmen usw. nichts zu tun hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 182. Poliermeister, die in einem einer Glasfabrik gehörigen Polierwerk Spiegelglas durch die von ihnen angenommenen Arbeiter schleifen und polieren lassen und für jedes abgelieferte Glas einen festen Preis erhalten, aus dem sie die Löhne und das Arbeitsmaterial zu bestreiten haben, während der verbleibende Rest ihr Verdienst ist, sind als Angestellte der Glasfabrik nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 183. Die von einer Malzkaffeefabrik angestellte Propagandistin, die zwar nicht unmittelbar bei dem Absatz der Ware an die Kleinhändler mitzuwirken, aber von Haus zu Haus an die Verbraucher Kostproben und gedruckte Anpreisungen der Ware zu verteilen, hierbei über die Zubereitung und die in Betracht kommenden Verkaufsstellen Auskunft zu geben sowie bei den zu Werbezwecken veranlaßten Kostproben beim Zubereiten und Verteilen des Kaffees mitzuwirken hat, ist als Handlungsgehilfin versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 184. Der Geschäftsführer eines Automatenrestaurants, der die Gäste zu begrüßen, den ordnungsmäßigen Gang der Apparate des Restaurants zu überwachen und die Aufräumer zu beaufsichtigen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 185. Eine Haustochter, die gegen ein monatliches Entgelt von 25 ℳ täglich zwei Stunden bei einem Versicherungsagenten Bureauarbeiten verrichtet, im übrigen sich im Haushalt ihrer Eltern betätigt und von diesen unterhalten wird, ist als Bureauangestellte nicht im Hauptberuf beschäftigt und deshalb nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig.

Nr. 186. Der Bierverleger einer Brauerei, der das Bier in der Regel durch seinen Knecht den Kunden zufahren läßt, selbst aber in der Hauptsache den kaufmännischen Teil des Geschäfts erledigt, insbesondere Bestellungen und Zahlungen der Kundschaft entgegennimmt und monatlich mit der Brauerei abrechnet, ist als Handlungsgehilfe nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 187. Der Monteur eines städtischen Elektrizitätswerkes, der unter einem Betriebsleiter hauptsächlich die im Außendienste vorkommenden Arbeiten (Montagen) in der Regel allein, erforderlichenfalls unter Mitwirkung anderer städtischer Arbeiter erledigt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Die Versicherungspflicht des Monteurs wird auch nicht begründet durch die mehrmonatliche Vertretung des erkrankten Betriebsleiters noch auch durch die Vertretung des Betriebsleiters während seiner Einberufung zum Heeresdienst.

Nr. 188. Ein Bureauangestellter, der vorwiegend mit niederen Diensten, daneben aber mit schriftlichen Arbeiten nicht lediglich mechanischer Art beschäftigt ist, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Verordnung über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten.

(Schluß.)

Zum Abschnitt III. Unfallversicherung.

Zu § 10. Wenn Deutsche im vaterländischen Hilfsdienst im Ausland beschäftigt werden, so sollen sie, wie bereits zu § 5 für das Gebiet der Krankenversicherung ausgeführt worden ist, dadurch keinen Nachteil haben. Derselbe Grundsatz ist auch für das Gebiet der Unfallversicherung gerechtfertigt. Einer neuen Vorschrift bedurfte es hier insoweit nicht, als die Tätigkeit im Ausland als Ausstrahlung eines inländischen Betriebes anzusehen ist, weil die Versicherung dann schon ohne weiteres die Tätigkeit im Ausland umfaßt. Eine Vorschrift war deshalb nur für die Fälle erforderlich, in denen die Tätigkeit im Ausland nicht als Ausstrahlung eines inländischen Betriebs anzusehen ist. Dies bestimmt Abs. 1 des § 10.

Im übrigen waren für den einfachen Aufbau der Unfallversicherung solcher in die Versicherung neu einbezogenen Beschäftigung im Ausland einzelne besondere Vorschriften angebracht, die in den Nummern 1 bis 9 des § 10 enthalten sind. Eben der Einfachheit halber, wie auch um der Einheitlichkeit dieser Versicherung willen empfahl es sich, allgemein das Reich als Versicherungsträger hinzustellen, zumal da das Reich jedenfalls in erheblichem Umfang selbst der Unternehmer solcher Tätigkeiten im Ausland sein

Digitized by Google

wird (Nr. 1). Sofern es nicht selbst Unternehmer ist, würde es jedoch nicht gerechtfertigt sein, dem Reiche, wenn es auch nach außen als Versicherungsträger hingestellt wird, sachlich die Last aus den Unfällen, die bei solchen Tätigkeiten sich ereignen, aufzulegen. Vielmehr müssen dann, wenn die Tätigkeiten für Rechnung anderer Unternehmer ausgeübt werden und diesen also zunächst der wirtschaftliche Vorteil der Arbeiten zugute kommt, die Unternehmer grundsätzlich auch die Last aus Unfällen, die sich bei solchen Arbeiten ereignen, tragen, und zwar, da es sich hier um vorübergehende Verhältnisse handelt, nicht durch Umlage der Aufwendungen für die Leistungen der einzelnen Jahre (Umlageverfahren), sondern nach dem Kapitalwerte der Leistungen, die aus den Unfällen erwachsen, durch Zahlung von Prämien. Eine geeignete Anlehnung für die Anwendung dieses Grundsatzes boten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Versicherung längerer Bauarbeiten (§§ 799 ff.). Im einzelnen war jedoch bei dem vorübergehenden Charakter dieser Beschäftigung im Ausland die Sache hier einfacher zu gestalten und namentlich die Höhe der Prämien gleich in der Verordnung selbst zu bestimmen.

Da die Höhe der Prämien wesentlich von der Höhe der Leistungen an die Unfallverletzten und ihre Hinterbliebenen abhängt und diese Leistungen wieder nach der Höhe des anzurechnenden Jahresarbeitsverdienstes sich richten, so war zunächst die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für die Fälle der durch den Entwurf in die Versicherung einbezogenen Beschäftigung im Ausland zu regeln. In dieser Hinsicht eignen sich die zunächst auf die Beschäftigung im Inland berechneten Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht ohne weiteres zur Übernahme. Vielmehr war es angebracht, von den Verhältnissen im einzelnen unter denen sich solche Beschäftigung im Auslande vollzieht, abzusehen und eine möglichst einheitliche Regelung auf Grund von Durchschnittssätzen des Jahresarbeitsverdienstes zu treffen.

Für die Berechnung der Unfallentschädigung war danach für die verschiedenen Gruppen der im Ausland beschäftigten Versicherten je ein einheitlicher Jahresarbeitsverdienst festzusetzen. Dieser ist unter Berücksichtigung der hier maßgebenden außergewöhnlichen Verhältnisse für gewöhnliche landwirtschaftliche Arbeiter auf 1200 ℳ, für gewerbliche Arbeiter und für landwirtschaftliche Facharbeiter auf 1800 ℳ festgesetzt worden während für Betriebsbeamte der auf ein volles Jahr zu berechnende verdiente Entgelt vorbehaltlich der Kürzung des über 1800 ℳ hinausgehenden Betrags mindestens jedoch der Satz von 1800 ℳ maßgebend sein soll (Nr. 3 des § 10).

Entsprechend waren für die Höhe der von den Unternehmern an das Reich zu zahlenden Prämien einheitliche Sätze, je nach den verschiedenen Gruppen, festzusetzen. Diese sind bestimmt worden:

1. für einen gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeiter auf täglich . . . . . 6 ℳ,
2. für einen gewerblichen Arbeiter oder landwirtschaftlichen Facharbeiter auf täglich 9 ℳ,
3. für einen Betriebsbeamten entsprechend der Dauer seiner Beschäftigung, auf 1½ v. H. des verdienten Entgelts mindestens aber auf täglich . . . . . 9 ℳ.

(Nr. 4 des § 10)

Diese Vorschriften über die Feststellung und Erhebung der Beiträge (Nr. 5 und 6) sind den für die Zweiganstalten der Berufsgenossenschaften geltenden Vorschriften nachgebildet worden. Demgemäß sollen auch für den Einspruch und die Rechtsmittel die gleichen Vorschriften gelten.

Bei der Verschiedenartigkeit der Verhältnisse erschien es zweckmäßig, die Bestimmung darüber, wer die Unfälle zu untersuchen hat, der jeweiligen Ausführungsbehörde zu übertragen (Nr. 7).

Das in den §§ 1591 bis 1605 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebene Einspruchsverfahren ist unzweckmäßig, wenn der Berechtigte sich im Ausland aufhält. Es empfahl sich daher, die Vorschrift des § 1610 der Reichsversicherungsordnung, die für diesen Fall die alsbaldige Erteilung eines Endbescheids zuläßt, als Mußvorschrift zu übernehmen (Nr. 8).

Bei der Eigenart der Verhältnisse wird die Durchführung der Versicherung dadurch wesentlich erleichtert, wenn die instanzmäßigen Entscheidungen in die Hände eines einzigen Oberversicherungsamts gelegt werden. Das Oberversicherungsamt Groß-Berlin, das seinem Sitze nach hierfür am geeignetsten erscheint, soll daher ausschließlich zuständig sein (Nr. 9).

Zu §§ 11 bis 13. Während § 10 nur für die im Ausland im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten gilt, finden die folgenden §§ 11 bis 13 sowohl auf die im Inland als auch auf die im Ausland derart Beschäftigten Anwendung.

Zu § 11. Die Unfallrenten werden nach dem Jahresarbeitsverdienste berechnet. Als solcher gilt — unbeschadet der Vorschrift im § 10 für Beschäftigung im Ausland — grundsätzlich der Entgelt, den der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat (§ 563 RVO.). Dabei wird in der gewerblichen Unfallversicherung im allgemeinen der Individualentgelt des Verletzten zugrunde gelegt, in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung jedoch der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst, d. i. der Jahresarbeitsverdienst, den landwirtschaftliche Arbeiter zur Zeit des Unfalls durch landwirtschaftliche und andere Erwerbstätigkeit am Beschäftigungsorte durchschnittlich erzielen, und der vom Oberversicherungsamt allgemein festgesetzt wird (§§ 564, 936 RVO.). Für Betriebsbeamte und Facharbeiter gilt jedoch auch in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung der Individualentgelt als Jahresarbeitsverdienst.

Wenn Personen, die vorher berufsmäßig gewerblich beschäftigt waren, nunmehr im vaterländischen Hilfsdienst in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigt werden, so erscheint es gerechtfertigt, ihnen für die Berechnung ihrer Unfallrente den günstigeren Individualentgelt zugute kommen zu lassen. Dies geschieht, wie bemerkt, schon nach der Reichsversicherungsordnung dann wenn sie in der Land- und Forstwirtschaft als Betriebsbeamte oder Facharbeiter beschäftigt werden. Für die übrigen Fälle bestimmt es § 11 der sich in bezug auf den Umfang der früheren gewerblichen Beschäftigung an den § 3 der Verordnung anlehnt. Nach der Fassung gilt diese Vorschrift nur für die Berechnung der Unfallentschädigung, also nicht für die Beitragserhebung. Würden solche Arbeiter auch für die Beitragserhebung als Facharbeiter behandelt werden, so wären für sie nach § 1007 RVO. zu den Beiträgen besondere Zuschläge zu erheben. Dies würde zu unverhältnismäßigen Weiterungen führen, indem es für die in landwirtschaftliche Beschäftigung eintretenden Arbeiter vielfach besondere Feststellungen über Art und Zeit ihrer früheren Beschäftigung erforderlich machen würde was sich nicht empfiehlt. Im übrigen ist es auch nicht unbillig, die Mehrlast, die aus der Unfallentschädigung für solche Arbeiter als Facharbeiter er-

Digitized by Google

wächst, nicht dem einzelnen Unternehmer, der sie beschäftigt, sondern der in der Berufsgenossenschaft zusammengefaßten Gesamtheit der landwirtschaftlichen Unternehmer aufzulegen.

Zu § 12. Durch die Vorschrift des § 12 soll vermieden werden, daß für denselben Unfall eine Doppelentschädigung geleistet wird. Auch § 554 RVO. schließt für die Militärpersonen, für welche die militärische Versorgung besteht, die Doppelversorgung bei Unfällen aus. Eine Doppelentschädigung kann bei Personen im vaterländischen Hilfsdienst eintreten, wenn dem Berechtigten Versorgungsgebührnisse auf Grund des § 35 des Offizier-Pensionsgesetzes oder der §§ 19 ff. des Militär-Hinterbliebenengesetzes gewährt werden. Die Verordnung steht auf dem Standpunkt, daß durch die Gewährung der Versorgungsgebührnisse die Unfallrente nicht abgegolten ist, soweit sie den Betrag dieser Gebührnisse nicht übersteigt. Entsprechend dem Falle von Doppelansprüchen desselben Berechtigten war der besondere Fall zu behandeln, wenn dem Verletzten an Stelle der Krankenbehandlung und der Unfallrente (§ 558 RVO.) Heilanstaltspflege (§ 597) von dem Versicherungsträger gewährt wird. Dann steht seinen Angehörigen nach § 598 ein Anspruch auf Angehörigenrente zu, während für den Verletzten selbst der Anspruch auf die Gebührnisse aus § 35 des Offizier-Pensionsgesetzes bestehen bleibt. Diese beiden Leistungen nebeneinander sind, wenn sie auch rechtlich verschiedenen Berechtigten zustehen, wirtschaftlich doch als Doppelentschädigung anzusehen, und es werden demgemäß die Gebührnisse aus § 35 a. a. O. auf die Angehörigen-Unfallrente anzurechnen sein, zumal daneben noch die volle Heilanstaltspflege im Krankenhaus gewährt wird. — Der Anspruch auf die Krankenbehandlung nach § 558 RVO. sowie auf Sterbegeld nach § 586 Nr. 1 RVO. wird durch die Vorschrift nicht berührt.

Zu § 13. Die Vorschrift des § 13 kommt den Wünschen entgegen, wonach die Tätigkeit im vaterländischen Hilfsdienst und der dabei verdiente Lohn dem derart Beschäftigten insofern nicht zum Nachteil gereichen soll, als daraus ein Rückschluß auf ein höheres Maß seiner Erwerbsfähigkeit gezogen und damit eine niedrigere Bemessung seiner Unfallrente begründet werden könnte. Mit Rücksicht auf die außergewöhnlichen Verhältnisse, unter denen die Arbeiten im vaterländischen Hilfsdienst zu leisten sind, sowie auf den Zweck dieser Arbeiten, der auf die möglichste Anspannung aller noch vorhandenen Arbeitskräfte im Dienste des Vaterlandes gerichtet ist und darum eine volle Arbeitswilligkeit und innere Hingabe aller an die Arbeit erfordert, erscheint die vorgeschlagene Vorschrift angängig.

Zum Abschnitt IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Daß die im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten auch von der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, wenn sonst die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach dem 4. Buche der Reichsversicherungsordnung gegeben sind, nicht deshalb ausgeschlossen werden können, weil es sich um eine unter Umständen mit Zwang durchzuführende öffentlich-rechtliche Arbeitspflicht handle, oder weil die ihnen zufließende Gegenleistung nicht den Begriff des Arbeitsentgelts erfülle, ergibt sich aus dem § 1 der Verordnung.

Besondere Vorschriften erschienen nur nach zwei Richtungen erforderlich, einmal zum Zwecke der Freistellung einzelner Personengruppen von der Versicherung aus Gründen der Billigkeit und sodann zum Zwecke einer allgemeinen Erstreckung der Versicherung auf die Hilfsdiensttätigkeit im Auslande.

Zu § 14. In ersterer Beziehung kann darauf hingewiesen werden, daß bereits die Bek. über Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten vom 25. Januar 1917 (RGBl. S. 79) die Frage des Bedürfnisses nach der Einbeziehung einer nur durch voraussichtlich vorübergehende Kriegsverhältnisse veranlaßten Beschäftigung in die Arbeiterversicherung für die Kranken- und die Unfallversicherung bejahend, für die Invalidenversicherung aber verneinend beantwortet, wegen der Ausführung im einzelnen kam als ähnlicher Vorgang in Betracht, daß nach der Bekanntmachung über Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) Personen, die vor dem gegenwärtigen Kriege eine nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Beschäftigung nicht ausgeübt haben und auch nach der Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, der Angestelltenversicherung nur dann unterstehen, wenn sie ihren dahingehenden Willen innerhalb einer bestimmten Frist gegenüber einer zuständigen Stelle erklären. Diese Vorschrift auf die in vielen Beziehungen anders geartete Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung allgemein zu übertragen, bestand kein Grund. Wohl aber empfahl es sich, in Ansehung des vaterländischen Hilfsdienstes, der eine größere Zahl von Selbständigen oder sonst bisher Versicherungsfreien zur zeitweiligen Übernahme von Lohnarbeit nötigt, auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eine ähnliche Vorschrift zu treffen. Dabei soll es, entsprechend dem gegebenen Anlaß, nicht darauf ankommen, ob diese Personen vor dem Kriege nicht versicherungspflichtig waren und voraussichtlich nur für die Dauer des Krieges beschäftigt werden. Vielmehr wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst und dessen Geltungsdauer für maßgeblich erklärt. Personen, die eine nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung versicherungspflichtige Beschäftigung erst vermöge des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst und voraussichtlich nur für seine Geltungsdauer übernehmen, sollen grundsätzlich versicherungsfrei sein, aber die Möglichkeit haben, sich, falls sie dies wünschen, die Vorteile der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu verschaffen. Die Versicherungsfreiheit greift also nicht Platz, wenn der Beschäftigte bereits während des Krieges oder vor dem Kriege zufolge der Annahme von Lohnarbeit aus eigenem Entschluß in die Versicherungspflicht eingetreten war, und zwar auch dann, wenn es vermöge eines Beschäftigungsverhältnisses geschah, das nunmehr den Begriff des vaterländischen Hilfsdienstes erfüllt oder erfüllen würde. Die Vorschrift befreit vielmehr nur eine kleinere Anzahl von Personen, die trotz der langen Dauer des Krieges durch wirtschaftliche Verhältnisse allein noch nicht zur Lohnarbeit veranlaßt, sondern erst durch das Hilfsdienstgesetz dazu genötigt worden sind; bei ihnen spricht eine gewisse Vermutung dafür, daß sie auch nach beendetem Hilfsdienst nicht in der Versicherungspflicht verbleiben werden. Die hiernach an sich versicherungsfreien Beschäftigten werden indessen der Versicherungspflicht unterstellt, wenn sie binnen einer bestimmten Frist von dem Arbeitgeber die Entrichtung von Beiträgen verlangen. Geschieht dies so wirkt die Erklärung auf den Zeitpunkt des Beginns des Beschäftigungsverhältnisses zurück. Dieser Zeit-

Digitized by Google

punkt kann immer nur nach dem 5. Dezember 1916 liegen. Ob die Ausnahmevorschrift des § 14 auch dann gilt, wenn zwar früher versicherungspflichtige Arbeit verrichtet worden, aber die damit erworbene Anwartschaft inzwischen wieder erloschen war, kann um so mehr der Auslegung überlassen bleiben, als solche Fälle nur vereinzelt vorkommen dürften.

Den Beschäftigten wird zweckmäßig die Möglichkeit gegeben, sich auch ohne Beteiligung des Arbeitgebers den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Versicherungspflicht zu unterwerfen, da die Versicherten nach § 1439 RVO. die vollen Beiträge an Stelle des Arbeitgebers entrichten können. Dies Ziel wird am einfachsten dadurch erreicht, daß, sofern ohne die vorerwähnte Erklärung Beiträge für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses beigebracht sind, die Beanstandung der Beiträge als ungültig wegen Versicherungsfreiheit nicht gestattet wird. Da eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit in Frage steht, unterliegt es keinem Bedenken, daß derartige Beiträge, obwohl genau genommen Versicherungspflicht nicht bestand, als Pflichtbeiträge zu behandeln sind. Eine ausdrückliche Vorschrift hierüber erschien entbehrlich.

Im Sinne der Verordnung soll sich der Beschäftigte beim Eintritt in den Hilfsdienst für dessen ganze Dauer entscheiden, ob er versichert sein will oder nicht. Hat er sich jedoch für letzteres entschieden, so kann er gleichwohl von der durch Abs. 2 gegebenen Möglichkeit des Wiedereintritts in die Versicherung Gebrauch machen.

Erhebliche Schwierigkeiten für das Einzugsverfahren, die von einigen Seiten besorgt werden, sind aus der Vorschrift des § 14 kaum zu erwarten. Der Arbeitgeber muß ohnehin prüfen, ob Neueintretende schon versicherungspflichtig waren; dabei wird sich dann alsbald ergeben, ob sie vorbehaltlos oder nur zur Krankenversicherung anzumelden sind. Überwiegend wird es sich um größere Betriebe handeln, in denen die Versicherungsangelegenheiten planmäßig bearbeitet werden.

Zu § 15. Eine Tätigkeit im Ausland ist auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, ebenso wie in der Unfallversicherung, nur dann versicherungspflichtig, wenn sie sich als Teil, Zubehör oder Ausstrahlung eines inländischen Betriebes darstellt. Dieser Grundsatz ist im § 1330 RVO. besonders anerkannt. Danach sind Personen im Ausland dann versichert, wenn sie dort vorübergehend von einem inländischen Betriebe beschäftigt werden. In entsprechender Anwendung des für die Unfallversicherung Vorgesehenen empfiehlt es sich jedoch, die im Ausland beschäftigten Hilfsdienstpflichtigen auch dann zu versichern, wenn ihre Tätigkeit keine Ausstrahlung eines inländischen Betriebes bildet. Es war daher geboten, die Versicherung auch auf diese Fälle auszudehnen. Die Versicherung geschieht zweckmäßig bei derjenigen Versicherungsanstalt, deren Bezirk dem Beschäftigungsort am nächsten liegt. Das entspricht der Regelung, welche die Bek., betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland, vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1383) für die Krankenversicherung enthält, sowie einer Vereinbarung, die unter Mitwirkung des Reichsversicherungsamts zwischen den Versicherungsanstalten und dem Königlich Preußischen Kriegsministerium über die Versicherung von Befestigungsarbeitern getroffen worden ist. Soweit die Hilfsdienstpflichtigen nach jener Bekanntmachung der Krankenversicherung unterliegen, bestimmt sich die Höhe der Beiträge nach § 1246 Abs. 2 Nr. 1 RVO.; im übrigen ist, abgesehen von Seeleuten, nach § 1246 Abs. 2 Nr. 3 der dreihundertfache Betrag des Ortslohnes maßgebend. Als dieser soll der Ortslohn am Sitze der für die Versicherung zuständigen Versicherungsanstalt gelten.

Zu § 16. Nach § 13 der Verordnung darf auf dem Gebiete der Unfallversicherung aus der Übernahme einer Beschäftigung im Hilfsdienst und der Höhe des dabei erzielten Lohnes ein Schluß auf das Maß der Erwerbsfähigkeit nicht gezogen werden. Da die Gründe für diese Bestimmung entsprechend auch für das Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gelten, empfahl es sich, hier für das Rentenverfahren eine ähnliche Vorschrift zu treffen. Sie gilt auch hier sowohl für das Festsetzungs-, als auch für das Entziehungsverfahren.

Zum Abschnitt V. Angestelltenversicherung.

Zu § 17. Der Versicherungszwang nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte findet begrifflich an den politischen Grenzen des Deutschen Reiches seine Schranke; deshalb unterliegen im Ausland beschäftigte Personen — abgesehen von Deutschen, die bei einer amtlichen Vertretung des Reichs oder eines Bundesstaats im Ausland oder bei deren Leitern oder Mitgliedern beschäftigt sind (§ 3 VersGes. f. Angest.) — grundsätzlich der Versicherungspflicht nicht. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz ist im Anschluß an die Praxis auf dem Gebiete der Unfallversicherung auch für die Angestelltenversicherung anerkannt, wenn eine im Ausland stattfindende Tätigkeit als Teil, Zubehör, Fortsetzung oder sogenannte Ausstrahlung eines inländischen Betriebs anzusehen ist. Eine solche Tätigkeit ist dann versicherungspflichtig (zu vgl. Anleitung, betreffend den Kreis der nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherten Personen, vom 20. Juni 1912, Amtl. Nachr. der Reichsversicherungsanstalt für Angest. 1913 S. 62 ff).

Aus den gleichen Gründen, die für die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung maßgebend waren, empfahl es sich, auch für die Angestelltenversicherung die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung auszudehnen auf solche vaterländische Hilfsdienstleistungen, welche den Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte um deswillen nicht unterliegen, weil sie im Ausland ausgeführt werden und auch nicht als unselbständiger Bestandteil (Ausstrahlung) eines inländischen Betriebs anzusehen sind. Dies ist im Anschluß an die Fassung des § 10 der Verordnung durch § 17 bestimmt worden. Zu den Vorschriften, die für solche Fälle für anwendbar erklärt sind, gehören außer dem Versicherungsgesetze selbst die dazu erlassenen Verordnungen des Bundesrats, insbesondere auch die Verordnung über Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097).

Zu § 18. Es sind Fälle denkbar, daß ein Angestellter, der nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versichert ist, auf Grund des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst in einer Tätigkeit beschäftigt wird, die nicht unter die Vorschriften des Angestelltenversicherungsgesetzes fällt (z. B. als einfacher Arbeiter, Gehilfe). Solche Fälle werden wohl selten vorkommen, weil nach § 8 des Hilfsdienstges. bei der Überweisung zur Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst auf die bisherige Tätigkeit des Hilfsdienstpflichtigen nach Möglichkeit Rücksicht genommen werden soll. Aber immerhin ausgeschlossen sind solche Fälle nicht. Deshalb empfahl es sich, den Angestellten gegen das ihm drohende Erlöschen der Anwartschaft auf die Leistungen der Angestelltenversicherung (§ 49 des Gesetzes) zu schützen. Dies ist

Digitized by Google

im Anschluß an die Fassung des § 51 VersGes. f. Angest. durch § 18 der Verordnung geschehen. Eine Anrechnung der Zeiten vaterländischen Hilfsdienstes als Beitragszeiten im Sinne der Bundesratsverordnung vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) geht zu weit und würde die Reichsversicherungsanstalt, der ohnehin durch die Verordnung vom 26. August 1915 eine große, durch die lange Dauer des Krieges immer mehr wachsende Last aufgebürdet worden ist, zu stark belasten.

Zum Abschnitt VI. Schlußvorschriften.

Zu § 19. Die Verordnung legt die Grundsätze fest. Daß sie alle sich ergebenden Zweifel und Schwierigkeiten im voraus klärt oder beseitigt, kann nicht erwartet werden. Daher empfiehlt es sich, eine Vervollständigung und Ergänzung im einzelnen durch den Reichskanzler vorzusehen. Eine ähnliche Regelung enthält schon der Artikel 100 EinfGes. z. RVO.

Zu § 20. Die Vorschriften über die Versicherung müssen, wenn sie auch erst später erlassen werden, für die Zeit vom Inkrafttreten des Hilfsdienstgesetzes ab Wirkung erlangen. Das Gesetz ist am 6. Dezember 1916 verkündet und in Kraft getreten.

Internationale Bibliographie der Sozialwissenschaften.

Der Reichskanzler hat dem Reichstag eine Denkschrift über die wissenschaftlichen und künstlerischen Unternehmungen, die aus Reichsmitteln gefördert werden, zugehen lassen. Die Darstellung umfaßt den Zeitraum vom 1. Oktober 1911 bis Ende 1916. Bemerkenswert daraus sind die Mitteilungen über die Förderung einer Internationalen Bibliographie der Sozialwissenschaften. Hiernach stellte sich bei Beginn der Berichtsperiode die Notwendigkeit heraus, die bisherige Organisation für die Herausgabe einer Bibliographie der Sozialwissenschaften grundsätzlich umzugestalten. Demgemäß wurden dem Internationalen Institut für Sozialbibliographie Reichsmittel nur noch zur Vollendung des Jahrgangs 1912 gewährt, vom Rechnungsjahr 1912 ab die Bezeichnung in „Förderung einer Internationalen Bibliographie der Sozialwissenschaften" geändert und eine neue Organisation aufgebaut. Dabei wurde insbesondere dem Verwaltungsrat die Möglichkeit gesichert, mehr als bisher sich über alle Einzelheiten der Herstellung wie der Veröffentlichungen der Bibliographie zu unterrichten, auch wurde die genaue Auseinanderhaltung der sachlichen Aufgaben der Bibliographie und der verlegerischen Interessen festgelegt.

Seit dem Januar 1913 erscheint die „Bibliographie der Sozialwissenschaften" im Auftrag des Reichsamts des Innern äußerlich angereiht an die früheren Arbeiten des Internationalen Instituts für Sozialbibliographie. Herausgeber wurde Professor Dr. Maas, der Verlag wurde der Firma Julius Springer übertragen. Damit eine möglichst vollständige und schnelle Hergabe der amtlichen Veröffentlichungen von sozialwissenschaftlichem Werte erreicht wurde, wurden die Reichsämter und Bundesregierungen ersucht, alle diese unmittelbar nach ihrem Erscheinen der Geschäftsstelle der Bibliographie zugänglich zu machen. Die gleiche Aufforderung erging von der Geschäftsstelle an alle auf sozialem und wirtschaftlichem Gebiete sich betätigenden Vereinigungen und an den Buchhandel.

Die Bibliographie hat durch den Krieg eine gesteigerte praktische Bedeutung erfahren. Auf Anregung des Herausgebers wurde es als erwünscht erkannt, durch das Unternehmen ein zuverlässiges bibliographisches Quellenwerk der aus Anlaß des Krieges getroffenen Fürsorge und sonstigen Maßnahmen zu erlangen. Die während des Krieges erschienenen Hefte und die eingehend bearbeiteten Jahresregister lassen die Fülle und die Vielseitigkeit des vorliegenden Materials erkennen. Um den wirtschaftlichen und sozialen Archiven die Benutzung der Bibliographie zu erleichtern, wurde neben ihrer zweiseitig bedruckten Ausgabe eine einseitig bedruckte veranstaltet, und diese den Beziehern der zweiseitig bedruckten zu einem billigeren Preise zur Verfügung gestellt. Der Vorsitzende des Kuratoriums für die Bibliographie ist Dr. Schulze, Geh. Ober-Regierungsrat, Vortragender Rat im Reichsamt des Innern in Berlin, Vertreter ist Geh. Ober-Regierungsrat Siefart. Außerdem sind drei Sachverständige für wissenschaftliche Fragen, zwei bibliographische Sachverständige und zwei Vertreter des Buchhandels im Kuratorium.

Literarisches.

Die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung. Von Dr. F. Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat u. vortr. Rat im Ministerium für Handel und Gewerbe. Zweite vermehrte Auflage. Berlin 1917, Carl Heymanns Verlag. Preis kart. 2 *M*.

Die erste Auflage dieses Buches ist 1915 erschienen und von uns im Jahrg. 1915 S. 405 empfehlend angezeigt worden. Inzwischen hat die Kriegsgesetzgebung nicht geruht. Demgemäß ist der Umfang der neuen Auflage auf mehr als das doppelte der früheren angewachsen. Alle die Krankenversicherung berührenden Gesetze und Verordnungen sind mitgeteilt und in sachkundiger Weise erläutert. Im ersten Teil sind die Verordnungen und Gesetze, die unmittelbar die Reichsversicherungsordnung betreffen, in der Paragraphenfolge dieses Gesetzes geordnet, was die Übersicht erleichtert. Der zweite Teil betrifft die Kriegswochenhilfe, der dritte die Krankenversicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten. Ein Anhang enthält Ausführungsbestimmungen. — Es leuchtet ein, wie wertvoll es für jeden Praktiker sein muß, den zerstreuten und keineswegs überall klaren Rechtsstoff hier in übersichtlicher Zusammenfassung mit verläßlichen Anmerkungen beisammen zu haben.

Gesetz über Kapitalabfindung an Stelle der Kriegsversorgung. Erläutert von Dr. v. Schelhorn, Kgl. bayer. Regierungsassessor im Staatsministerium des Innern, zur Zeit Intendanturrat. Ansbach 1917 bei C. Brügel u. Sohn. 273 Seiten. Preis geb. 5,50 *M*.

Das „Kapitalabfindungsgesetz" v. 3. Juli 1916 (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 283, 549) ist in dieser Ausgabe eingehend erläutert und es sind außerdem das Mannschaftsversorgungsgesetz, das Militärhinterbliebenengesetz, die in Preußen, Bayern und Sachsen geltenden, für die Ansiedlung von Kriegsbeschädigten in Betracht kommenden Gesetze oder einzelnen Gesetzesvorschriften, ferner die preußischen und bayerischen

Digitized by Google

Vollzugsbestimmungen im Anhang mitgeteilt. Das Verständnis des Kapitalabfindungsgesetzes ist bedingt durch die Kenntnis der Vorschriften der beiden anderen oben erwähnten Gesetze und zahlreicher anderer gesetzlicher und im Verwaltungswege ergangener Bestimmungen. Alle diese Zusammenhänge werden in den sehr ausführlichen Erläuterungen klargelegt unter Heranziehung des amtlichen Materials, bei dessen Bewältigung dem Verfasser die in seiner amtlichen Tätigkeit gewonnenen praktischen Erfahrungen ersichtlich zustatten gekommen sind. In vielen Fällen ist die entwickelte Rechtslage durch zweckentsprechend gewählte Beispiele veranschaulicht. So ergibt sich ein praktisches Handbuch für den Gebrauch aller an der Ausführung des Gesetzes Beteiligten.

Koalitionen und Koalitionsrecht in Deutschland bis zur Reichsgewerbeordnung. Von Dr. Wolfgang Ritscher. Stuttgart und Berlin 1917, J. G. Cottasche Buchhandlung Nachf. 307 Seiten. Preis geh. 8.00 *M*.

Das Buch, eine „staatswirtschaftliche Abhandlung", ist als 140. Stück der von Brentano und Lotz herausgegebenen Münchener Volkswirtschaftlichen Studien erschienen. Im Grunde ist es eine sozial- und rechtsgeschichtliche Studie. Denn es breitet die Entwicklung der Koalitionen und des Koalitionsrechts, die Kämpfe um Koalitionsfreiheit in Deutschland von den ersten Ansätzen im 14. Jahrhundert bis zur Aufnahme der vielberufenen §§ 152, 153 in die Reichsgewerbeordnung vom 26. April 1872 vor uns aus, wobei auch die englische und die französische Bewegung im 18. und 19. Jahrhundert gestreift wird. Man erfährt viel Interessantes aus verklungenen Zeiten und Kämpfen und frischt die Erinnerung an das Ringen um die Koalitionsfreiheit in Deutschland in Zeiten, die uns noch nicht allzu fern liegen, wieder auf. Die wechselvolle Geschichte dieses empfindlichsten Punktes unseres Arbeitsrechts ist die Grundlage für die Stellungnahme zu dem jetzigen, in den §§ 152, 153 Gew. Ordg. begründeten Rechtszustande; das Urteil mündet in den Ausspruch Brentanos, daß die deutschen Arbeiter zwar ein Koalitionsrecht haben, daß sie aber bestraft werden, wenn sie es gebrauchen. — Das Erscheinen des Buches trifft zeitlich zusammen mit einer kleinen im Auftrage der Gesellschaft für Soziale Reform herausgegebenen Schrift „Das Recht der Organisationen in Deutschland, I Koalitionsrecht und Strafrecht" (Jena 1917 bei Gustav Fischer), wo eine gleichgerichtete eindringliche Kritik des gegenwärtigen Rechtszustandes zu Leitsätzen führt, die der Gesetzgebung die Wege weisen wollen.

Hilfsbuch zum Ablesen von Stück- und Tagessummen. Von G. Chomse. Berlin, Formular-Verlag G. m. b. H. 101 Seiten. Preis geh. 3,50 *M*.

Das Buch ist zum Gebrauch für alle mit Lohnbeträgen rechnenden Betriebe und Behörden bestimmt. Es gibt auf je einer Seite für die Lohnbeträge von 1.10 bis 6.05 *M*. bei Steigerung um je 5 *Pf*, die Endsumme des 1- bis 300fachen an. Man liest also z. B. durch einen Blick auf die mit 3.85 überschriebene Tabelle sofort ab, daß der Tageslohn von 3,85 *M* für 237 Tage 912,45 *M* ausmacht. Der Druck und die Anordnung sind so deutlich und übersichtlich, daß die Feststellung der Ergebnisse schnell und sicher erfolgt. Die Nützlichkeit eines so angelegten Buches liegt auf der Hand.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Wiedereinführung von Mehrleistungen der Kassen im Kriege; Wirkung auf schwebende Fälle.

1. Nach Berlin. Antwort: Durch § 1 Abs. 1 des Gesetzes v. 4. August 1914 (ArbVers. 1914 S. 569) waren die satzungsmäßigen Mehrleistungen der Kasse aufgehoben. Wenn sie dann in gewissem Umfange (Krankengeld für Sonn- und Feiertage sowie bei bestimmten Krankheiten schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an) gemäß § 1 Abs. 2 des Gesetzes durch Verfügung des Versicherungsamts wieder eingeführt worden sind, so ist die Wirkung dieser Verfügung nicht anders zu beurteilen als die einer satzungsmäßigen Wiedereinführung der Mehrleistungen. Es muß daher auch § 211 RVO. entsprechend Anwendung finden, wonach für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, die Leistungen durch Satzungsänderung erhöht werden können. Das heißt: auch die Verfügung des Versicherungsamts konnte dahin ergehen, daß die wiedereingeführten Mehrleistungen auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle zu gewähren sind. Wenn aber die Verfügung eine solche Bestimmung nicht enthält, sondern lediglich den Wirkungsbeginn auf einen bestimmten Tag festgesetzt hat, so gelten die Mehrleistungen nicht für Erkrankungen, die bereits vor dem festgesetzten Tage eingetreten waren. Zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 2 zu § 211 RVO.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen einen ersatzpflichtigen Dritten.

2. Nach Hamburg. Antwort: Die Krankenkasse kann von der Straßenbahngesellschaft Ersatz nach Maßgabe des § 1542 Abs. 2 RVO. verlangen, also für die Krankenpflege $^3/_8$, für den Unterhalt im Krankenhaus $^1/_2$ des Grundlohnes, ohne Rücksicht auf die ihr tatsächlich entstandenen Unkosten. Der Versicherungsträger soll eben nach der Absicht des Gesetzgebers der Schwierigkeit enthoben sein, die Höhe seiner tatsächlichen Aufwendungen nachzuweisen. Daß

Digitized by Google

durch § 1542 Abs. 2 eine Höchstgrenze für den Ersatzanspruch festgesetzt werden sollte, dafür bietet der Wortlaut der Vorschrift keinen Anhalt; es liegt auch gar kein Anlaß vor, nach dieser Richtung den Versicherungsträger einseitig so ungünstig zu stellen. Wir schließen uns also der Auffassung des Amtsgerichts Solingen in der ArbVers. 1917 S. 8 an.

Behandlung der Zinsen als Rücklage.

3. Nach G. 100. Frage: Es bestehen Zweifel darüber, ob die Zinsen der Rücklage der Krankenkasse unter Kapitel 1 des Rechnungsabschlusses nachzuweisen sind oder ob die Zinsen der Rücklage zugeschrieben werden können.

Antwort: Das „oder" in der Frage weist darauf hin, daß Sie meinen, es könne nur das eine oder das andere richtig sein. Das ist aber irrig. Das vom Bundesrat aufgestellte Muster für den Rechnungsabschluß unterscheidet nicht zwischen der Rücklage und anderem Vermögen der Kasse. In Kapitel 1 sind daher alle Erträge aus Kapitalanlagen, also auch die Zinsen der Rücklage aufzuführen. Das schließt in keiner Weise aus, daß diese Zinsen der Rücklage zugeführt werden dürfen. Zu vgl. ArbVers. 1910 S. 197 Ziff. 1.

a) Anhörung der Vorstandsmitglieder im Ausschuß. b) Festsetzung von Zählgeldentschädigung (Mankogeld) für Angestellte durch den Voranschlag.

4. Nach M. Antwort: a) Die Satzungsbestimmung, daß die Mitglieder des Vorstandes zu den Ausschußsitzungen eingeladen und „auf Verlangen" gehört werden, bedeutet selbstverständlich, daß sie auf ihr Verlangen gehört werden müssen. Die Auslegung, daß der Ausschuß ihre Anhörung verlangen könne und daß sie sich nur auf Wunsch oder mit Zustimmung der Ausschußmehrheit äußern dürften, ist sprach- und sinnwidrig.

b) Wenn die Dienstordnung bestimmt, daß für die mit dem Geldverkehr befaßten Kassenangestellten alljährlich im Voranschlage eine Zählgeldentschädigung (Mankogeld) festgesetzt wird, so muß der Vorstand den im Voranschlag festgesetzten Betrag den Berechtigten anweisen und kann dazu im Aufsichtswege angehalten werden (§§ 30, 31, Abs. 3, 377 Abs. 1 RVO.). Es könnte freilich sein, daß der Vorstand irgendwelche (aus der Anfrage nicht erkennbare) Bedenken gegen die Zulässigkeit der getroffenen Festsetzung, z. B. wegen Übermaßes, hegt. Dann kann aber die Ausführung des Beschlusses nur ausgesetzt werden, wenn der Vorsitzende ihn gemäß §§ 8. 357 Abs. 1 mit aufschiebender Wirkung beanstandet hat. Ist dies nicht geschehen so wird beim Versicherungsamt Einschreiten im Aufsichtswege zu beantragen sein.

Hauptberuf einer gegen Entgelt beschäftigten Ehefrau.

5 Nach L. Antwort: Die Frau eines aktiven, mit Pensionsberechtigung angestellten Staatsbeamten, die bei der gemeinsamen Speisung der Arbeiter des dortigen Inspektionsbezirks „die Oberleitung in der Küche" gegen Entgelt übernommen hat, legt hierbei gewiß nur gelegentlich und in untergeordnetem Maße Hand an und beschränkt sich in der Hauptsache eben auf die Leitung und Beaufsichtigung des Personals im Interesse der Aufrechterhaltung eines ordnungsmäßigen Betriebes. Dann kann es nicht zweifelhaft sein daß die Frau eine Angestellte in gehobener Stellung und daher weder kranken-, noch invaliden-, noch angestelltenversicherungspflichtig ist, weil die von ihr nur vorübergehend übernommene Beschäftigung nicht ihren Hauptberuf bildet, dieser vielmehr in ihrem eigenen häuslichen Wirkungskreise zu finden ist (§§ 165 Ziff. 2, 1226 Ziff. 2 RVO.; § 1 Ziff. 2 AngestVersGes.). Hinsichtlich der Angestelltenversicherung wird überdies mit Recht auch auf § 1 der Bek. v. 30. September 1916, ArbVers. 1916 S. 711 verwiesen.

Häusliche Gemeinschaft eines Kriegsteilnehmers mit seinen Geschwistern.

6. Nach D. Frage: Ein unverheiratetes Mitglied unserer Kasse fiel auf dem Schlachtfelde und wurde auch dort beerdigt. Vor seiner Einberufung war er bei seinem verheirateten Bruder in Kost und Wohnung und bezahlte hierfür nicht mehr und nicht weniger, als was er auch bei fremden Kostgebern entrichtet haben würde. Zu den übrigen Lasten des Haushaltes hat er in keiner Weise beigetragen, auch die Angehörigen in sonstiger Beziehung nicht unterstützt. Die Geschwister beanspruchen nun das Sterbegeld. Da aber nach unserer Ansicht eine gemeinsame Häuslichkeit nicht bestanden, haben wir die Auszahlung einstweilen verweigert. Sind wir hiermit im Recht?

Antwort: Eine häusliche Gemeinschaft erfordert nicht, daß der Versicherte unmittelbar an den Ausgaben des Haushalts, in welchem er lebt, beteiligt ist, vielmehr genügt es, daß eine auf eine gewisse Dauer angelegte Hausgemeinschaft vorliegt (Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 203). Sie wird auch nicht ohne weiteres durch unfreiwilliges Fernbleiben, z. B. infolge Erfüllung der Wehrpflicht aufgehoben (ArbVers. 1914 S. 605). Infolgedessen wird man auch in dem vorliegenden Falle das Vorhandensein einer häuslichen Gemeinschaft annehmen müssen, obwohl der Verstorbene gleich einem Kostgänger einen festen Betrag für die ihm gewährte Unterkunft und Beköstigung an seinen verheirateten Bruder zahlte. (Ebenso Vers. Amt Essen in ArbVers. 1916 S. 829.) Demnach hat der Bruder Anspruch auf das Sterbegeld.

Zur Krankenversicherung der Winzer.

7. Nach Saarburg. Frage: In unserem Bezirk hat sich in letzter Zeit folgendes Arbeitsverhältnis ausgebildet: Der Weingutsbesitzer vergibt die vorkommenden Arbeiten, wie Graben, Schneiden, Binden usw. im Akkord in sogenannten Losen. (Ein Los = etwa 1000 Stöcke usw.). Der Arbeitnehmer ist ein kleiner Landwirt oder sonst jemand, der zu Hause in seinem eigenen Betriebe zu tun hat. Vertraglich ist er verpflichtet, dafür zu sorgen, daß die zeitgemäßen Arbeiten zu einem bestimmten Termin fertiggestellt sind. Heute arbeitet nun z. B. der eigentliche Arbeitnehmer selbst im Weinberg, morgen die Frau, übermorgen der Sohn oder die Tochter usw. Es wird auch nicht jeden Tag gearbeitet; nicht einmal stets den ganzen Tag, sondern nur stundenweise, so wie die Leute zu Hause abkommen können oder Zeit und Lust haben. Auf alles dies hat der Weingutsbesitzer keinen Einfluß; er muß zufrieden sein, wenn die Arbeiten terminmäßig fertiggestellt sind. Wie ist nun unter diesen eigentümlichen Verhältnissen die Frage der Versicherungspflicht zu regeln?

Antwort: Obwohl die geschilderten Umstände die Winzer äußerlich ziemlich unabhängig erscheinen lassen ist ihre Beschäftigung doch der ganzen Art nach derjenigen eines Lohnarbeiters ähnlich. Auch daß sie einen „eigenen Betrieb" haben, schließt nicht aus,

Digitized by Google

daß sie gelegentlich als Arbeiter in einen fremden Betrieb übertreten, wenn nicht sonstige Umstände vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß die Beschäftigung im fremden Betriebe nur Ausfluß der eigenen selbständigen Betriebstätigkeit sei, wie es z. B. der Fall wäre, wenn der Winzer aus eigenen Mitteln in erheblichem Maße Werkzeuge oder sonstige Betriebsmittel lieferte, gegen Lohn Gehilfen beschäftigte usw. Die Frage nach der Versicherungspflicht kann danach nicht allgemein, sondern nur im Einzelfalle nach den besonderen Umständen beantwortet werden. So hat das RVA. hinsichtlich der Winzer und ähnlicher Berufe wiederholt entschieden; zu vgl. Rev. Entsch. 125, 203, 269 Amtl. Nachr. (Inv. Vers.) 1892 S. 36, 1893 S. 3, 116; ArbVers. 1914 S. 295. Muß danach im Einzelfalle die Versicherungspflicht der Winzer selbst angenommen werden, so fragt es sich noch, ob gleiches auch für die Angehörigen gilt, die ab und zu die Arbeit des eigentlich dazu verpflichteten Winzers verrichten. Das würde nur dann zu bejahen sein, wenn man ein mittelbares Beschäftigungsverhältnis zwischen diesen und dem Arbeitgeber annehmen könnte. Dies aber traf nur zu, wenn nach den Umständen anzunehmen wäre, daß die Arbeit ihrem Umfange nach von dem Winzer allein nicht bewältigt werden kann und daß der Arbeitgeber von vornherein damit rechnen mußte, daß Hilfskräfte zugezogen werden, deren Lohn in dem mit dem Winzer vereinbarten Lohne mitenthalten ist. So scheint indessen die Sache nicht zu liegen, sondern vielmehr so, daß die Angehörigen auf Grund ihres Familienverhältnisses den Winzer gelegentlich unterstützen oder auch vertreten, er selbst aber der einzige dem Arbeitnehmer verpflichtete Lohnarbeiter bleibt. Wir würden daher die Versicherungspflicht der Angehörigen verneinen.

Anwendung des § 392 RVO. in der Kriegszeit.

8. **Nach OKK.** Fr. Antwort: Wenn die Allgemeine Ortskrankenkasse den Betrag, den sie am 1. Januar 1914 von einer geschlossenen Kasse überkommen hat, rechnerisch der Rücklage zugeführt hat und diese nunmehr infolge der jährlichen Beitragszuführungen nach § 364 RVO. mehr als das doppelte des dort vorgeschriebenen Betrages enthält, so kann die Kasse diese Sachlage nicht dadurch „berichtigen", daß sie fortan nur einen Teil des auf diese Weise angesammelten Vermögens — das Sparkassenbuch — als Rücklage bezeichnet und diesem weiterhin alljährlich $^1/_{20}$ der Jahresbeiträge zuschreibt. Das wäre eine unzulässige Umgehung der Vorschrift des § 392 RVO., wonach, wenn die Rücklage das doppelte ihres gesetzlichen Mindestbetrages erreicht hat, durch Änderung der Satzung entweder die Beiträge zu ermäßigen oder die Leistungen zu erhöhen sind (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. zu § 392; auch ArbVers. 1917 Heft 2 S. 47 Ziff. 5). Allerdings ist eine solche „Änderung der Satzung" für die Dauer des Krieges durch § 1 des Ges. v. 4. August 1914 (ArbVers. 1917 S. 569) ausgeschlossen, aber dieselbe Gesetzesvorschrift weist einen anderen Weg zur Erreichung des gleichen Erfolges, und dieser Weg muß beschritten werden, um dem Sinn und Zwecke des § 392 RVO. auch in der Kriegszeit zu genügen: das Versicherungsamt kann auf Antrag des Vorstandes verfügen, daß niedrigere Beiträge erhoben oder höhere Leistungen gewährt werden, wenn die Leistungsfähigkeit der Kasse gesichert ist. Wenn der hiernach erforderliche Antrag regelmäßig in das pflichtmäßige Ermessen der Kasse gestellt ist, so ist unter der Voraussetzung des § 392, im Hinblick auf den zwingenden Charakter dieser Vorschrift, anzunehmen, daß die Kasse den Antrag stellen muß und hierzu angehalten werden kann (§§ 30, 31).

Hat die Kasse die Kosten für ärztlich verordneten Wechsel der Bettwäsche zu tragen?

9. **Nach Barmen.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse ist an Krätze erkrankt. Der Arzt hat ihm einen Wechsel der Bettwäsche wegen einer ansteckenden Krankheit für drei bestimmte Tage verordnet. Das Mitglied behauptet nun, daß dieser Wechsel der Bettwäsche außerhalb der Verpflichtung läge, die seine Wirtin auf Grund des Mietvertrages ihm gegenüber zu erfüllen habe, und verlangt von uns die Kosten erstattet, die durch das Reinigen der Bettwäsche und den vorzeitigen Bezug entständen. Sind wir zur Zahlung verpflichtet und auf Grund welcher Bestimmungen?

Antwort: Nein! Denn es handelt sich hierbei nicht um die Krankenpflege in dem engeren Sinne des § 182 RVO., sondern um Pflege im weiteren Sinne. Solche Kosten der Reinigung sind (außerhalb des Krankenhauses) vom Versicherten selbst zu tragen.

Begrenzte Wirkung ablehnenden Verhaltens gegenüber einer Krankenhauseinweisung.

10. **Nach Rheinland 100.** Frage: Eines unserer Kassenmitglieder haben wir wegen einer tuberkulösen Ellbogenerkrankung dem Krankenhause überwiesen. Das Mitglied hat sich aber der Krankenhauspflege entzogen, indem es in einem Betriebe mit eigener Betriebskrankenkasse eine Beschäftigung aufgenommen und sie etwa $2^1/_2$ Monate fortgesetzt hat. Dann ist der Versicherte in einen Betrieb, der zu unserer Kasse gehört, übergetreten und meldete sich einige Tage darauf zum Antritt der Kur im Krankenhause. Es besteht Meinungsverschiedenheit darüber, ob die zuerst verfügte Überweisung in das Krankenhaus trotz des Überganges in die Betriebskrankenkasse noch Wirksamkeit hat. An und für sich besteht kaum ein Zweifel darüber, daß die Voraussetzungen für die Krankenhauseinweisung trotz der weiteren Beschäftigung fortbestanden haben; denn objektiv betrachtet, mußte die tuberkulöse Knochenerkrankung im Krankenhause behandelt werden. Nach der Rechtsprechung hätte das Mitglied, weil es sich unberechtigter Weise geweigert hat, der Krankenhauseinweisung Folge zu leisten, für die Dauer der Weigerung seinen Anspruch verloren. Wird dieser Auffassung beigepflichtet?

Antwort: Mit der Beendigung der Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse durch den Übertritt in die Betriebskrankenkasse war jede Verfügungsgewalt der Ortskrankenkasse über den Versicherten und folglich auch die Wirksamkeit der früher verfügten Krankenhauseinweisung weggefallen. Bestehen nach dem Wiedereintritt des Versicherten in die Ortskrankenkasse die Voraussetzungen der Krankenhauseinweisung noch fort, so kann die Kasse nur die Einweisung von neuem verfügen, nicht aber auf Grund der früheren Weigerung des Versicherten Ansprüche für die Zeit nach seinem Wiedereintritt ablehnen.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1881 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1173 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. Mai 1917 | Heft 15

Unfallversicherung im besetzten Ausland vor und nach der Bundesrats-Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten.

Von Regierungsassessor im Staatsministerium des Innern Dr. v. Schelhorn, Intendanturrat a. K. in München. (Schluß.)

b) Die Neuerungen des § 10 der Verordnung.

Die erwünschte Vereinfachung des Unfallversicherungsrechts, entsprechend den Bedürfnissen der Kriegszeit und im besetzten Auslande, bringt vor allem der an die Spitze gestellte Satz: Träger der Versicherung ist das Reich. Das galt bisher nur bei den Betrieben der Post-, Telegraphen-, Marine- und Heeresverwaltungen und bei den Eisenbahnen einschließlich der Bauarbeiten und der Tätigkeiten bei nicht gewerbsmäßigem Halten von Reittieren oder Fahrzeugen, soweit die Betriebe für Rechnung des Reichs gingen (§ 624 RVO.), und auch hier nur — wie das ganze Versicherungsrecht innerhalb der Reichsgrenzen. Jetzt ist das Reich Versicherungsträger auch bei allen Betrieben und Tätigkeiten im Ausland, die in den weiten Rahmen des § 2 HDG. fallen, soweit sie nicht auch künftig als Ausstrahlung eines inländischen nicht dem Reiche zustehenden Betriebes behandelt werden. Mit dieser Einschränkung ist grundsätzlich die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften ausgeschaltet, aber unter Umständen auch die von staatlichen Ausführungsbehörden. Die nunmehr für das Reich als den einzigen Versicherungsträger zuständigen Ausführungsbehörden bestimmt der Reichskanzler. Er erläßt auch die Ausführungsbestimmungen im Sinne der §§ 892 ff. RVO., kann dies aber auch anderen Behörden übertragen. Die Ausführungsbehörden bestimmen selbst, wer die Unfälle zu untersuchen hat (§ 10 Nr. 7). Es werden hierfür militärische Dienststellen und Zivilverwaltungsbehörden in Frage kommen. Eine so einfache allgemeine Regelung wie im Inland mit seinem festgefügten Behördenorganismus ist natürlich nicht möglich; deshalb empfahl es sich auch, hier den Ausführungsbehörden weiteren Spielraum zu lassen.

Daß das Reich der Träger der Versicherung ist, bedeutet noch nicht, daß ihm auch wirtschaftlich die ganze Unfallast allein verbleibt. Das wäre vor allem insoweit unbillig, als Privatbetriebe in Frage kommen, bei denen doch dem Arbeitgeber der Unternehmergewinn zufließt. Den versicherten Arbeitern und Betriebsbeamten gegenüber wird zwar auch hier das Reich allein verpflichtet. Die Arbeitgeber müssen ihm aber Ersatz bieten für die Lasten, die sonst die Unternehmer, zu Berufsgenossenschaften ver-

Digitized by Google

einigt, zu tragen hätten. Für die Form dieser Ersatzleistung verbot sich das sog. Umlageverfahren. Dieses setzt Berufsvereinigungen voraus, denen dauernd alle in Betracht kommenden Arbeitgeber angehören. Unter dieser Voraussetzung ist es dann möglich, die in jedem Jahre anfallenden Ausgaben auf die Unternehmer umzulegen. Für Arbeiten im besetzten Gebiete erwies sich nur das Kapitaldeckungsverfahren mittels Prämien als verwendbar. Auch dieses Verfahren ist ja auf dem Gebiete der Reichsversicherung in weitem Umfang erprobt und durchgeführt. Ähnliche Erwägungen wie hier haben zu seiner Anwendung insbesondere auch bei längeren Bauarbeiten geführt (§§ 799 ff. RVO.). Der leitende Gesichtspunkt ist, daß für alle anfallenden Lasten, auch die dauernden, sogleich die Deckung vorhanden sein muß. Das Reich erhält nach der vorgesehenen Regelung schon während des Krieges die Gegenleistung für Aufwendungen, die sich unter Umständen auf Jahrzehnte erstrecken können. Es sammelt aus den Beiträgen der Arbeitgeber („Prämien") ein Kapital an, das nach und nach wieder aufgebraucht wird. Wir müssen es uns versagen, näher auf die schwierigen Berechnungen einzugehen, durch die der voraussichtliche Bedarf zu ermitteln und seine Deckung durch die Beiträge der Arbeitgeber zu sichern war. Für uns genügt zunächst das Ergebnis dieser Erwägungen, der höchst einfach gestaltete Prämientarif. „Sofern nicht das Reich selbst Unternehmer der Arbeiten ist, hat dieser für die Unfallversicherung eine Prämie zu zahlen. Sie beträgt:

a) für einen gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeiter täglich 6 ₰,

b) bei den gewerblichen Arbeitern oder landwirtschaftlichen Facharbeitern täglich 9 ₰,

c) für einen Betriebsbeamten entsprechend der Dauer seiner Beschäftigung 1½ v. H. des verdienten Entgelts, mindestens aber täglich 9 ₰.

Auf das Jahr berechnen sich also bei einem gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeiter 365 × 6 ₰ = 21 ℳ 90 ₰, bei gewerblichen Arbeitern und landwirtschaftlichen Facharbeitern 32 ℳ 85 ₰, für Betriebsbeamte mindestens dieser Betrag und zwar bis zu einem tatsächlichen Jahresverdienst von 2190 ℳ, darüber hinaus wesentlich mehr.

Die Unternehmer müssen für jeden Monat spätestens drei Tage nach seinem Ablauf der Ausführungsbehörde einen Nachweis über die Zahl der Arbeitstage der vorhin unter a) und b) bezeichneten Gruppen von Arbeitern und über den von den Betriebsbeamten verdienten Entgelt vorlegen. Ist der Nachweis versäumt oder unvollständig, so stellt ihn nach § 800 RVO. die Ausführungsbehörde selbst auf oder ergänzt ihn nach eigener Kenntnis der Verhältnisse. Leicht ist diese Aufgabe der Ausführungsbehörde bei Betrieben im besetzten Auslande nicht, doch ist zu hoffen, daß die Unternehmer selbst die Nachweise möglichst gewissenhaft aufstellen werden. Nötigenfalls könnte die Ausführungsbehörde nach § 800 Abs. 2 RVO. den Verpflichteten durch Geldstrafen bis zu 100 ℳ anhalten, binnen einer festgesetzten Frist Auskunft zu erteilen. Mehr als solche Strafdrohungen dürfte unter Umständen aber die noch zu besprechende Vorschrift des § 815 Abs. 2 RVO. wirken.

Auf Grund der Nachweise berechnet die Ausführungsbehörde nach jedem Kalendervierteljahr die von den einzelnen Unternehmern geschuldeten Prämien und stellt die Heberolle auf. Jeder Unternehmer erhält einen Auszug daraus mit der Aufforderung, die festgesetzte Prämie zur Vermeidung der Zwangsvollstreckung binnen drei Wochen einzuzahlen. Der Auszug muß die Angaben enthalten, die den Zahlungspflichtigen instand setzen, die Prämienberechnung zu prüfen. Er hat nach § 814 RVO. das Recht, binnen zwei Wochen nach Zustellung des Auszuges gegen die Prämienberechnung bei der Ausführungsbehörde Einspruch zu erheben, bleibt aber gleichwohl zur vorläufigen Zahlung ver-

Digitized by Google

pflichtet. Der Einspruch kann nach § 815 Abs. 1 a. a. O. gestützt werden auf Rechenfehler, unrichtigen Ansatz des Entgelts (nur bei Betriebsbeamten denkbar), unrichtige Anwendung des Prämientarifs (hier der Sätze in § 10 Nr. 4) oder auf die Behauptung, daß keine Pflicht zur Entrichtung von Prämien bestehe. Nach § 815 Abs. 2 kann der Einspruch aber nicht auf unrichtigen Ansatz des Entgelts gegründet werden, wenn die Ausführungsbehörde wegen Säumigkeit des Verpflichteten den Nachweis selbst aufgestellt oder ergänzt hat.

Weiterhin ist Beschwerde zum Oberversicherungsamt möglich (§ 816 RVO.). Nach § 10 Nr. 9 der Verordnung ist das OVA. Groß Berlin ausschließlich zuständig. Gegen seine Entscheidung steht unter Umständen noch weitere Beschwerde zum RVA. offen, jedoch nur dann, wenn Streit darüber besteht, ob überhaupt Prämien bezahlt werden müssen. Wegen der Berechnung der Prämien ist weitere Beschwerde nicht zugelassen.

Die Leistungen der neu ausgestalteten Unfallversicherung für das besetzte Ausland sind grundsätzlich die gleichen wie nach der RVO., also vor allem Verletztenrenten, Krankenbehandlung und daneben ggf. Angehörigenrenten, bei Tötung Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten. Die Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes, aus dem die Leistungen berechnet werden, weicht aber wesentlich von der RVO. ab und zwar wieder im Sinne einer weitgehenden Vereinfachung. Die RVO. geht bei den gewerblichen Arbeitern, den landwirtschaftlichen Facharbeitern und bei den Betriebsbeamten vom Individualentgelt aus (§§ 563 ff., 931 RVO.). Die Rente wird hier grundsätzlich nach dem Entgelt berechnet, den der Verletzte (Getötete) während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat; nur soweit der zugrunde zu legende Jahresarbeitsverdienst 1800 ℳ übersteigt, wird er nur mit einem Drittel angerechnet (§ 563 RVO.). Bei der Rentenberechnung für gewöhnliche landwirtschaftliche Arbeiter dagegen ist für die RVO. nicht der Individualentgelt maßgebend. Hier richtet sich die Rente nach dem Jahresarbeitsverdienste, den landwirtschaftliche Arbeiter zur Zeit des Unfalls durch landwirtschaftliche und andere Erwerbstätigkeit am Beschäftigungsorte durchschnittlich erzielten (§ 936 Abs. 1 RVO.; vgl. wegen Festsetzung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes landwirtschaftlicher Arbeiter durch das OVA. weiter Abs. 2 u. 3).

Im Krieg und vor allem in den besetzten Gebieten kommt es auf eine möglichst einfache Regelung an, die die nötigen Erhebungen auf das Mindestmaß beschränkt, Hin- und Herschreiben, Versendung von Akten usw. erübrigt und rasches Handeln erlaubt. Aus diesem Grunde empfahl es sich insbesondere auch, die Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes sogar noch mehr zu vereinfachen als im Inland bei den gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeitern. § 10 der Verordnung bestimmt in Nr. 3, daß der Jahresarbeitsverdienst, aus dem die Versicherungsleistungen berechnet werden, bei gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeitern unterschiedslos 1200 ℳ und bei gewerblichen Arbeitern und landwirtschaftlichen Facharbeitern 1800 ℳ beträgt. In dem Entwurf zur Verordnung, wie er dem sog. Fünfzehnerausschuß des Reichstags zuging, waren diese Sätze noch niedriger. Ihre Berechnung beruhte, soviel bekannt, auf statistischen Unterlagen über Verhältnisse im Inland während einer Reihe zurückliegender Jahre. Der Fünfzehnerausschuß hat sich besonders eingehend mit der Frage des anzunehmenden Jahresarbeitsverdienstes beschäftigt und ist zu dem angegebenen Ergebnisse gelangt. Diesem wurde selbstverständlich auch die Bemessung der von den Arbeitgebern zu entrichtenden Prämien angepaßt.

Nach obigen Sätzen berechnet sich die jährliche Vollrente für einen gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeiter auf zwei Drittel von 1200 ℳ, d. s. 800 ℳ (§ 559 Nr. 1 RVO.); monatlich sind — aufgerundet — 66 ℳ 70 ₰ zu zahlen (§ 612 Abs. 3 RVO.). Für gewerbliche Arbeiter und landwirtschaftliche

Digitized by Google

Facharbeiter beträgt die Vollrente jährlich 1200 *M*, monatlich 100 *M*.

Es liegen Vergleiche mit den Versorgungsgebührnissen des MannschVersG. nahe. Die Vollrente eines gemeinen Soldaten beträgt 540 *M* jährlich (§ 9 dieses Gesetzes). Dazu kommt aber bei Kriegsdienstbeschädigung noch die Kriegszulage (§ 14) von jährlich 180 *M* und unter Umständen die einfache oder mehrfache Verstümmelungszulage (§ 13 a. a. O.); die einfache Verstümmelungszulage beläuft sich auf jährlich 324 *M*. Ein Unteroffizier erhält 600 *M*, ein Sergeant 720 *M*, ein Feldwebel 900 *M* Vollrente. Die Sätze für die Kriegs- und für die etwaige Verstümmelungszulage sind bei allen Personen der Unterklassen gleich. Die Militärrenten können unter Umständen noch durch Unterstützungsbeträge aus dem sog. Härteausgleichfonds („Zusatzrenten") ergänzt werden; hierüber vgl. insbesondere die vom pr. Kriegsministerium als Beiheft zu den Anstellungsnachrichten herausgegebenen Amtl. Mitteilungen für kriegsbeschädigte oder versorgungsberechtigte Militärpersonen und für Hinterbliebene von Heeresangehörigen 1917 Nr. 3.

Für Betriebsbeamte setzt die Verordnung den Jahresarbeitsverdienst nicht einheitlich fest. Bei ihnen wollte sie von dem Grundsatze der Rentenberechnung nach dem Individualentgelt nicht abweichen. Hier muß, vorbehaltlich der Kürzung des Betrags über 1800 *M* nach § 563 Abs. 2 RVO., die Unfallentschädigung nach dem „auf ein volles Jahr zu berechnenden verdienten Entgelt" bemessen werden. Der Wortlaut weicht von den Vorschriften der §§ 563 ff. RVO. offenbar bewußt ab. Auch hier sollte trotz des Zugrundelegens des Individualentgelts doch wohl die Berechnung gegenüber den etwas umständlichen Vorschriften der PVO. vereinfacht werden. Auch § 563 RVO. läßt zwar den Jahresarbeitsverdienst nach dem Entgelt berechnen, den der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat. Dabei wird aber nach § 564 vom durchschnittlichen Tagesverdienste ausgegangen. Dieser wird dreihundertfach angesetzt, wenn aber im Betriebe möglicherweise, also nach dem Durchschnitt mehrerer Jahre, an mehr oder weniger Tagen im Jahre gearbeitet wird, entsprechend dieser höheren oder niedrigeren Zahl von Arbeitstagen. Falls der Verletzte noch kein volles Jahr im Betriebe beschäftigt war, wird nach § 565 für die übrigen betriebsüblichen Tage der durchschnittliche Verdienst eines anderen Versicherten gleicher Art und Erwerbsfähigkeit im Betriebe oder in einem benachbarten Betriebe gleicher Art in Ansatz gebracht. Nur wenn sich die Berechnung nach § 565 nicht ausführen läßt, wird der Jahresarbeitsverdienst durch Vervielfältigung der betriebsüblichen Zahl von Arbeitstagen im Jahre mit dem Entgelt berechnet, den der Verletzte während der Beschäftigung im Betriebe durchschnittlich für den vollen Arbeitstag bezogen hat (§ 566). Im § 566 fehlt eigentlich noch eine Bestimmung, welche Zahl von Arbeitstagen zugrunde zu legen ist, wenn sich die betriebsübliche Zahl von Arbeitstagen, z. B. weil der Betrieb erst kurz besteht, gar nicht ermitteln läßt. Offenbar soll dann nach § 564 Abs. 1 von 300 Arbeitstagen ausgegangen werden. § 10 Nr. 3 der Verordnung bestimmt, daß bei Betriebsbeamten der tatsächlich verdiente Entgelt auf ein volles Jahr zu berechnen ist. Man wird also hier nicht von 300 Arbeitstagen als Regel auszugehen haben; im besetzten Gebiet wird auch an mehr Tagen im Jahr gearbeitet werden. Hilfsweise wird aber z. B. auch nicht der Entgelt eines anderen Versicherten der gleichen Art und Erwerbsfähigkeit in einem benachbarten Betriebe heranzuziehen sein. War der Betriebsbeamte ein volles Jahr ohne Unterbrechung beschäftigt, dann bildet einfach sein voller Entgelt, den er während dieses Jahres im Betriebe bezogen hat, den Jahresarbeitsverdienst. Darin kann auch die Entschädigung für Tage mitenthalten sein, an denen nicht gearbeitet worden ist. War er kürzer beschäftigt, dann dürfte sein tatsächlich bezogener Gesamtentgelt für die fehlende Zeit entsprechend zu

Digitized by Google

ergänzen sein. Hat er z. B. den Unfall am 30. Juni 1917 erlitten, nachdem er vom 1. Januar bis 29. Juni 1917, also 180 Tage lang als Betriebsbeamter tätig war und insgesamt 1620 ℳ verdient hat, so würden wir für jeden der fehlenden 185 Tage einen Betrag von $\frac{1620}{180}$ ℳ = 9 ℳ ansetzen. Dann würden sich ohne die Kürzung nach § 563 Abs. 2 RVO., die in die Verordnung ausdrücklich übernommen worden ist, als Jahresarbeitsverdienst 1620 ℳ + 185 × 9 ℳ = 3285 ℳ ergeben, mit dieser Kürzung 2295 ℳ. Die Erhebungen zur Ermittelung des Jahresarbeitsverdienstes sind dann immerhin auf das Mindestmaß beschränkt. Im wesentlichen geben schon die monatlichen Nachweise den nötigen Aufschluß. Die Ausführungsbehörde braucht nur zu wissen, wie lange der Verletzte dem Betrieb angehört hat und wieviel ihm für diese Zeit an Entgelt zugeflossen ist. Auf diese Auslegung weisen die Worte „der verdiente Entgelt" und „volles Jahr" hin.

Eine weitere Vereinfachung des Verfahrens bringt § 10 Nr. 8: „Hält der Berechtigte sich im Ausland auf, so ist über die Gewährung, Ablehnung oder Neufestsetzung der Unfallentschädigung ohne vorhergehenden Bescheid und Einspruch alsbald Endbescheid zu erteilen". Die Kannvorschrift des § 1610 RVO. wird hier zur Regel. „Berechtigt" können nicht nur Unfallverletzte, sondern unter Umständen auch Hinterbliebene von Unfallgetöteten oder Angehörige sein, denen Rente nach § 598 RVO. zusteht.

Die Hinterbliebenen durch Unfall im Ausland getöteter Hilfsdienstleistender werden unter den gesetzlichen Voraussetzungen auch Sterbegeld nach § 586 Abs. 1 Nr. 1 RVO. zu beanspruchen haben. Das Gesetz verlangt hier allerdings, daß sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Das RVA. hat aber schon in der GrundsE. 1992 (Amtl. Nachr. 1915 S. 432) entschieden, daß die „häusliche Gemeinschaft" durch Einberufung des Versicherten zum Kriegsdienst noch nicht ohne weiteres aufgehoben wird. Dies wird sinngemäß auch dann zu gelten haben, wenn der Versicherte die Heimat zur Hilfsdienstleistung im Ausland mit der Absicht verlassen hat, nach Beendigung des vaterländischen Hilfsdienstes wieder zu seinen Angehörigen zurückzukehren.

Zur Entscheidung über Berufungen und Beschwerden in Unfallangelegenheiten nach § 10 der Verordnung ist nach Nr. 9 a. a. O. das OVG. Groß Berlin ausschließlich zuständig. Durch diese Bestimmung wird die rasche Bildung einer gleichmäßigen Rechtsübung wesentlich gefördert. Nr. 9 gilt insbesondere auch für Beschwerden gegen die Prämienberechnung.

c) Zu § 11 der Verordnung.

Im Anschluß an die besprochenen Bestimmungen des § 10 bringt § 11 eine Ausnahmebestimmung für bisher gewerblich Beschäftigte, die vaterländischen Hilfsdienst in der Land- und Forstwirtschaft übernehmen. § 11 gilt aber nicht ausschließlich für Fälle der Hilfsdienstleistung im Auslande, sondern allgemein. Gewerblich Beschäftigte — dazu werden nach dem Sprachgebrauch nur Arbeiter und Betriebsbeamte, nicht selbständige Unternehmer zu zählen sein — haben, wie erwähnt, nach der RVO. vor gewöhnlichen landwirtschaftlichen Arbeitern den Vorteil voraus, daß bei ihnen die Unfallentschädigungen nach dem Individualentgelt berechnet werden. § 10 Nr. 3 der Verordnung hat zwar hieran nicht festgehalten, aber den Jahresarbeitsverdienst für gewerbliche Arbeiter wesentlich höher als bei gewöhnlichen landw. Arbeitern, auf 1800 ℳ statt 1200 ℳ festgesetzt. Der Individualentgelt, nach § 10 Nr. 3 der V. der höhere Jahresarbeitsverdienst von 1800 ℳ, wird außer bei gewerblichen Arbeitern auch bei landwirtschaftlichen Facharbeitern zugrunde gelegt. Es ist für die Volksernährung besonders wichtig, daß sich auch möglichst viele Personen der Hilfsdienstleistung in der Land- und Forstwirtschaft zuwenden. Bisher gewerblich Be-

Digitized by Google

schäftigten soll daraus auch versicherungsrechtlich kein Nachteil erwachsen. Deshalb stellt sie § 11, wenn sie in den vorangegangenen 12 Monaten vor Übergang zur Hilfsdienstleistung in der Land- und Forstwirtschaft mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen gewerblich beschäftigt waren, für die Unfallentschädigung den landwirtschaftlichen Facharbeitern gleich, sofern sie nicht als landwirtschaftliche Betriebsbeamte noch günstiger gestellt sind. Bei der Feststellung von Unfallentschädigungen nach § 10 wird sohin die Ausführungsbehörde bei Unfällen, die Hilfsdienstleistende als gewöhnliche landwirtschaftliche Arbeiter erleiden, den § 11 im Auge behalten müssen. Sie hat sich gegebenenfalls zu vergewissern, ob der landwirtschaftliche Arbeiter hiernach nicht als Facharbeiter zu behandeln ist. Von den Arbeitgebern können für solche Arbeiter aber keine höheren Prämien beansprucht werden.

d) Zusammentreffen von Militärversorgung und Unfallentschädigung.

§ 12 der V. regelt, wie schon eingangs dieser Abhandlung erwähnt, die Fälle des Zusammentreffens von Ansprüchen nach dem militärischen Versorgungsrecht (§ 35 OPG. und §§ 19 ff. MHG.) mit Unfallrenten und zwar Verletzten-, Angehörigen- und Hinterbliebenenrenten.*) Gebührnisse auf Grund der erwähnten Militärgesetze werden auf die Unfallrenten, die auf die gleiche Zeit entfallen, voll angerechnet. Bei den Angehörigenrenten kann dies etwas überraschen. Sie stehen bekanntlich nach Maßgabe des § 598 RVO. den Angehörigen des Verletzten zu, wenn diesem der Träger der Unfallversicherung Heilanstaltpflege gewährt. Anspruchsberechtigt sind hier die Angehörigen, nach § 35 OPG. aber der Verletzte. Gleichwohl ist die Anrechnung wirtschaftlich gerechtfertigt und wäre es formalistisch, sie für unausführbar zu erklären. Der Verletzte, dem die Gebührnisse nach § 35 OPG. während der Heilbehandlung verbleiben, kann hieraus den Unterhalt seiner Familie bestreiten; sie ist somit nicht auf die Angehörigenrente angewiesen.

Die Gebührnisse der im § 35 OPG. bezeichneten Personen bestimmen sich nach Ziff. 7 f. der Grundsätze des Bundesrats zur Ausführung der §§ 22 bis 26, 34, 35, 37 und 57 des OPG. (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich 1906 Nr. 36 S. 659 ff.; Anlage 1 zum bayer. KME. vom 5. 7. 1906 Nr. 3994 JA. — VBl. S. 177 —). In der Hauptsache gilt dabei folgendes:

Ähnlich wie in der UV. der Jahresarbeitsverdienst wird „das pensionsfähige Diensteinkommen" zugrunde gelegt. Als solches gelten sieben Zehntel der baren Vergütung, die der in Frage stehenden Person als Entschädigung für ihre Dienstleistungen für die Dauer eines Jahres zu zahlen ist. Die Gebührnisse betragen für die Dauer völliger Erwerbsunfähigkeit 75 v. H. des pensionsfähigen Diensteinkommens, bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit einen in Hundertsteln auszudrückender Teil des bei völliger Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Betrags.

Die volle Entschädigung nach § 35 OPG. berechnet sich also auf drei Viertel (75 v. H.) aus sieben Zehntel des Barentgelts, d. i. 21 Vierzigstel des tatsächlichen jährlichen Barverdienstes. Nicht ausgeschlossen ist es, daß daneben noch Kriegszulage und unter Umständen Verstümmelungszulage zustehen kann; die Anrechnung solcher Bezüge auf die Unfallrente ist im § 12 der Verordnung nicht ausdrücklich geregelt, vermutlich weil die Frage doch nicht so leicht praktisch werden wird. Die Unfallvollrente beläuft sich bekanntlich auf zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes. Bei dessen Ermittlung werden nach der RVO. auch Sachbezüge in Rechnung gestellt, also insbesondere auch der Wert vom Arbeitgeber gewährter Unterkunft und Verpflegung. Soweit der Jahresarbeitsverdienst 1800 ℳ übersteigt, wird er aber nach § 563 Abs. 2 RVO. nur mit einem Drittel angerechnet. In den Fällen des § 10 der Bun-

*) Solche Fälle sind besonders auch im besetzten Ausland denkbar.

Digitized by Google

desratsverordnung gelten für die Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes wieder die besprochenen Sonderbestimmungen. Bei dieser weitgehenden Verschiedenheit der Berechnungsweise nach § 35 OPG. und in der UV. lassen sich allgemeine Vergleiche kaum anstellen. Wieweit die Anrechnung reichen, ob etwa die Vergütung nach § 35 OPG. unter Umständen die Unfallentschädigung aufzehren wird, kann nicht allgemein beurteilt werden.

Weniger gilt dies für das Verhältnis zwischen den Hinterbliebenenbezügen nach §§ 19 ff. MHG. und nach den Vorschriften der UV. Nach § 23 Nr. 4 MHG. sind den Hinterbliebenen von solchen im § 35 OPG. genannten Personen, denen kein höherer militärischer Rang verliehen worden ist, die den Hinterbliebenen von Gemeinen zustehenden Sätze zu zahlen. Hiernach beträgt das Kriegswitwengeld 400 *M*, das Kriegswaisengeld für jedes vaterlose Kind 168 *M* und für jedes elternlose Kind 240 *M* im Jahre (§ 20, b, 6 und § 21, b, 2 MHG.). Nach § 588 RVO. erhält die Witwe ein Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes des Getöteten, jedes Kind ebensoviel; soweit aber die Renten der Hinterbliebenen zusammen drei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes übersteigen würden, tritt nach § 595 RVO. Kürzung ein (das MHG. kennt bei der Kriegsversorgung eine solche Kürzung nicht). Die Hinterbliebenenbezüge des Militärversorgungsrechts werden hiernach sehr häufig höher sein als die nach der UV.

e) Zu § 13 der Verordnung.

In der Schlußbestimmung des von der Unfallversicherung handelnden Abschnitts beugt die Verordnung noch der Befürchtung vor, die Übernahme und Leistung von Arbeit im vaterländischen Hilfsdienst könne zur Minderung oder Aufhebung einer schon bezogenen Unfallrente führen. Niemand soll durch derartige Besorgnisse abgehalten werden, sein noch vorhandenes Maß von Arbeitskraft dem Vaterlande zu widmen und nach bestem Vermögen seinen Mann zu stellen. Auf jeden kommt es an; niemand darf fernbleiben. Keiner soll aber auch dadurch Schaden erleiden, daß er sich aufrafft und dem Rufe des Vaterlands folgt. Aus der Übernahme einer Beschäftigung im Hilfsdienst sowie aus dem dabei erzielten Lohn dürfen in einem Unfallentschädigungsverfahren nicht für den Verletzten ungünstige Schlüsse gezogen werden, ob und in welchem Maße er durch Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt ist.

f) Rückwirkung der Verordnung (§ 20).

Das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 ist am folgenden Tage verkündet worden und in Kraft getreten. Dementsprechend legt sich auch die Verordnung über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten (im § 20) rückwirkende Kraft bis auf den 6. Dezember 1916 zurück bei. Das gilt ohne Einschränkung auch hinsichtlich der Unfallversicherung im Ausland. Bei Erlassung der V. konnten sehr wohl schon Unfälle vorliegen, die nachträglich nach ihrem § 10 zu behandeln waren. Andererseits werden auch die Unternehmer bis auf den 6. 12. 16 zurück die Prämien zu entrichten haben, soweit ihre Betriebe unter § 2 des HDG. und § 10 der V. fallen und in ihnen deutsche Arbeiter und Betriebsbeamte verwendet worden sind. Die hiernach nötige Übergangsregelung wird mit zu den schwierigsten Aufgaben gehören, die den Ausführungsbehörden erwachsen. Vielleicht wird es auch hier notwendig sein, daß der Reichskanzler auf Grund der ihm im § 19 der V. allgemein eingeräumten Befugnis die Bestimmungen der V. den Bedürfnissen entsprechend ergänzt und auftauchende Zweifel und Schwierigkeiten alsbald klärt.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe und Kriegsfamilienhilfe für uneheliche Kinder.

Erlasse des **preuß. Ministers des Innern** a) vom 31. März 1917, b) vom 17. Februar 1915 (HMBl. S. 137).

a)

Durch Abschnitt III der am 2. März 1917 in Kraft getretenen Verordnung vom 1. d. M., betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 200 ff.), ist bestimmt worden, daß die Wochenhilfe nach § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) auch für das uneheliche Kind eines Kapitulanten zu gewähren ist, wenn seine Verpflichtung zur Gewährung des Unterhalts an das Kind festgestellt und die Mutter minderbemittelt im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr. 2 jener Bekanntmachung ist.*) Die Feststellung der Verpflichtung des Kapitulanten als Vaters zur Gewährung des Unterhalts für das Kind wird in der gleichen einfachen Weise getroffen werden können, welche die Praxis bei Handhabung des § 2c des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 332) für ausreichend erachtet hat. (Vgl. Abs. 1 und 2 des Runderlasses vom 17. Februar 1915; nachstehend unter b).) Der Beweis dafür, daß die Mutter des Kindes unbemittelt ist, muß, wie angegeben, nach Abs. 2 Nr. 2 des § 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 geführt werden, da es auf das Einkommen des Vaters vor dem Diensteintritt (Nr. 1 daselbst) nicht ankommt.

b)

Nach der Novelle vom 4. August 1914 zum Gesetz, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften, vom 28. Februar 1888 ist Voraussetzung für den Anspruch der unehelichen Kinder auf Unterstützung „die Feststellung der Verpflichtung als Vater zur Gewährung des Unterhalts". Diese „Feststellung" gilt in Friedenszeiten als erfolgt nur in der Form der rechtskräftigen Verurteilung, des Anerkenntnisses gemäß § 1718 BGB. und des Vergleichs gemäß § 1822 Ziff. 12 BGB.

Der sozialen Tendenz der Novelle würde es aber nicht entsprechen, die Unterstützung des Kindes an der in vielen Fällen unerfüllbaren Forderung, einen dieser formellen Nachweise beizubringen, scheitern zu lassen. Es ist daher nichts dagegen einzuwenden, wenn diese Feststellung behufs Anweisung der Unterstützung durch Briefe an die uneheliche Mutter oder auf andere Weise erfolgt. Die Unterstützung kann auch dann gezahlt werden, wenn nachgewiesen wird, daß der Vater des unehelichen Kindes, ohne die Vaterschaft anerkannt zu haben und ohne verurteilt zu sein, freiwillig für den Unterhalt des Kindes regelmäßig gesorgt hat.

*) ArbVers. 1917 Heft 8 S. 180; siehe hierzu Heft 12 S. 285.

Dem Arbeitnehmer steht gegen die dem Befreiungsantrage stattgebende Entscheidung keine Beschwerde zu (§ 175 RVO.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 25. November 1916 (2313 Amtl. Nachr. 1917 S. 268).

Nach § 175 Abs. 1 RVO. entscheidet über den Antrag auf Befreiung Versicherungspflichtiger von der Versicherungspflicht (§§ 173, 174) der Kassenvorstand. Diese Entscheidung ist eine Entscheidung des Versicherungsträgers in erster Instanz (zu vgl. Entsch. 1849, Amtl. Nachr. 1914 S. 519). Gegen derartige Entscheidungen ist nach § 1791 RVO. die Beschwerde an das Versicherungsamt zulässig, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt. Eine solche das Beschwerderecht einschränkende Sondervorschrift enthält § 175 Abs. 2 RVO.; denn er besagt: „Wird der Antrag abgelehnt, so entscheidet auf Beschwerde das Versicherungsamt endgültig." Daraus folgt einmal, daß in solchen Fällen die weitere Beschwerde an das Oberversicherungsamt (§ 1797 RVO.) ausgeschlossen ist. Anderseits ergibt sich aus der Fassung der Vorschrift auch, daß dieses beschränkte Beschwerderecht nur bei Ablehnung des Antrags gegeben ist; denn der Fall der Ablehnung des Antrags wird hier ausschließlich erwähnt und in den Eingangsworten besonders hervorgehoben. Das kann nach dem Sprachgebrauche des Gesetzes nur bedeuten, daß die Beschwerde in anderen Fällen überhaupt ausgeschlossen ist (übereinstimmend Stier-Somlo, Kommentar Anm. 2e zu § 175 Abs. 2; Olshausen, Anm. 3). Auch das Reichsversicherungsamt hat schon in der Begründung der Entsch. 2007 (Amtl. Nachr. 1915 S. 452) bemerkt, daß die Entscheidung der Kasse, durch die dem Befreiungsantrage stattgegeben wird, nach §§ 418 Abs. 3, 175 Abs. 2 RVO. endgültig ist, d. h. mit der Beschwerde nicht mehr angefochten werden kann. Die gegenteilige Auffassung würde, was weiter zu beachten ist, zu dem unbilligen Ergebnis führen, daß den befreiten Arbeitnehmern im Falle des § 174 der RVO. das Recht der weiteren Beschwerde nach § 1797 der RVO. zugestanden werden müßte, während der Arbeitgeber bei Ablehnung des Antrags nach § 175 Abs. 2 der RVO.

Digitized by Google

nur die Beschwerde nach § 1792 a. a. O., unter Ausschluß eines weiteren Rechtsmittels, ergreifen kann. Hiernach war für eine sachliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts im vorliegenden Falle kein Raum, die Beschwerde hier vielmehr unzulässig. unter Aufhebung der Entscheidung des Versicherungsamts war demnach entsprechend zu erkennen. Die Beschwerde wäre übrigens im vorliegenden Falle auch sachlich nicht gerechtfertigt; insbesondere hat der Zweite Revisionssenat des Reichsversicherungsamts in einer Entscheidung vom 21. Dezember 1914 in der Krankenversicherungssache Pf. gegen Allgemeine Ortskrankenkasse B. (II a K. 87/14), die ebenfalls die vorübergehende Beschäftigung von Personen in einer gemeinnützigen Schreibstube zum Gegenstande hatte, angenommen, daß eine derartige Tätigkeit unter § 174 Nr. 2 der RVO. fällt.

Widerruf der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 418 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 9. Dezember 1916 (2316 Amtl. Nachr. 1917 S. 272).

Eine Krankenkasse hatte die aus § 418 RVO. ausgesprochene Befreiung der Beschäftigten eines Landwirts widerrufen, weil er für später eingetretene Arbeiter einen Befreiungsantrag zu stellen unterlassen habe. Auf Beschwerde des Landwirts erklärte das Versicherungsamt den Widerruf als zu Recht erfolgt. Die weitere Beschwerde gab das Oberversicherungsamt gemäß §§ 1693, 1799 RVO. an das Reichsversicherungsamt ab, welches die Sache an das Versicherungsamt zurückverwies auf folgenden Gründen:

... Die Zulässigkeit des Widerrufs ist in der Reichsversicherungsordnung nicht geregelt. Das Gesetz sieht nach § 419 Abs. 1 RVO. nur das Erlöschen der Befreiung von der Versicherungspflicht vor. Die Fälle des Erlöschens erschöpfen aber nicht die Fälle, in denen eine der Voraussetzungen des § 418 für die Befreiung wegfällt. So sieht das Gesetz ein Erlöschen nicht vor, wenn der Arbeitgeber nicht die volle, also eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung aus eigenen Mitteln deckt, was leicht vorkommen kann, wenn die Kasse nach Bewilligung der Befreiung die Leistungen durch Satzungsänderung erhöht oder wenn infolge Änderung des Beschäftigungsorts eines Befreiten eine andere Kasse zuständig wird und diese höhere Leistungen gewährt, als sie der Arbeitgeber entsprechend den niedrigeren Leistungen der bisher zuständigen Kasse seinen Beschäftigten zugesprochen hat (zu vgl. Hahn in der ArbVers. 1916 S. 734 ff.). Ebenso ist das Erlöschen nicht vorgesehen, wenn der Arbeitgeber neu eintretende Beschäftigte nicht anmeldet und vielleicht eine Auswahl der zu Befreienden zuungunsten der Kasse trifft. Es liegt auf der Hand, daß für derartige Fälle der Kasse eine Möglichkeit gegeben sein muß, ihre Rechte wahrzunehmen und die Befreiung rückgängig zu machen. Es wäre denkbar, hierfür das Versicherungsamt für zuständig zu erklären. Näher liegt es jedoch und es entspricht auch mehr dem Bedürfnis nach einer schnellen Beseitigung von Mißständen und nach Verhütung von Schäden der Kasse oder der Versicherten, wenn man die Kasse für befugt erachtet, ebenso wie sie nach § 175 RVO. die Befreiung aussprechen kann, diese auch zu widerrufen. § 419 Abs. 1 steht dem um so weniger entgegen, als dort, abgesehen von dem Falle der Anmeldung sämtlicher Befreiten durch den Arbeitgeber zur Kasse, für das Erlöschen nur Fälle vorgesehen sind, in denen das Versicherungsamt von Amts wegen oder auf Antrag des Befreiten einschreitet. Eine auf Betreiben der Kasse beruhende Maßnahme des Versicherungsamts ist dort nicht erwähnt. Bejaht man aber die Zulässigkeit des Widerrufs durch die Kasse in Anlehnung an §§ 175, 416 RVO., so wird entsprechend dieser Vorschrift auch verlangt werden müssen, daß der Widerruf vom Kassenvorstand ausgesprochen wird. Man wird ihn dann ebenso wie die Befreiung als eine Entscheidung des Kassenvorstandes ansehen müssen, die mit der Beschwerde anfechtbar ist und über die auf weitere Beschwerde das Oberversicherungsamt endgültig entscheidet. Diese Auffassung vertritt auch Hahn in seinem Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 3 zu § 418 RVO., sowie in der ArbVers. 1916 S. 734 ff.

Weiter ist zu prüfen, unter welchen Voraussetzungen der Widerruf ausgesprochen werden kann. Unter allen Umständen ist erforderlich, daß eine der Voraussetzungen des § 418 RVO. für die Befreiung weggefallen ist (zu vgl. auch Hahn, Handbuch a. a. O.). Erschöpfend auszuführen, wann ein den Widerruf rechtfertigender Wegfall dieser Voraussetzungen vorliegt, ist nicht Aufgabe dieser Entscheidung. Jedenfalls liegt aber, wenn der Arbeitgeber den Befreiten Lohnabzüge für die von ihm übernommene Unterstützungspflicht macht, ein Widerrufsgrund vor. Bei pflichtwidrigem Unterlassen von Neuanmeldungen und neuen Befreiungsanträgen ist nach Lage des Falles zu entscheiden. Nicht jeder leichte Verstoß gegen § 418 Abs. 2 Nr. 3 RVO. wird zur Rechtfertigung des Widerrufs genügen; wohl aber wird der Widerruf stets zu billigen sein, wenn das Verhalten des Arbeitgebers den Schluß rechtfertigt, daß er mit seiner Unterlassung eine Auswahl der Versicherungswagnisse zuungunsten der Kasse beabsichtigt. Dabei ist nicht zu verlangen, daß die Kasse vor dem Widerrufe noch andere Mittel, wie Strafen, anwendet, um zu ihrem Ziele zu kommen; es wird vielmehr davon auszugehen sein, daß die Kasse nach pflichtmäßigem Ermessen zu handeln hat. Die Sicherung ihrer und des Versicherten Rechte wird ihr zur Richtschnur dienen müssen, wobei Unbilligkeiten gegen den Arbeitnehmer vermieden werden müssen.

Digitized by Google

Geht man von diesen Gesichtspunkten im vorliegenden Falle aus, so ergibt sich, daß der Sachverhalt noch nicht hinreichend geklärt ist, um eine abschließende Entscheidung zu treffen. Bisher steht nicht fest, ob es sich bei den Lohnabzügen des Arbeitgebers um befreite oder zu befreiende Personen handelte oder um Personen, die nicht durch Vertrag zur regelmäßigen Arbeit für mindestens zwei Wochen verpflichtet waren. Ebenso ist noch aufzuklären, für welche Personen im einzelnen der Befreiungsantrag gesetzwidrig unterlassen worden ist, und welche Schlüsse daraus für die Zulässigkeit des Widerrufs zu ziehen sind. Hiernach ergibt sich, daß die Beschwerde insoweit begründet ist, als der den Widerruf des Kassenvorstandes zulassende Beschluß des Versicherungsamts bisher nicht bestätigt werden kann. Gemäß §§ 1796, 1797 Abs. 2 RVO. hat das Reichsversicherungsamt von dem Rechte der Zurückverweisung Gebrauch gemacht (zu vgl. Entsch. 2715, Amtl. Nachr. 1914 S. 545, besonders 547 a. E.). Das Versicherungsamt wird demnach unter Berücksichtigung der vorerörterten Gesichtspunkte den Sachverhalt weiter aufzuklären und danach zu entscheiden haben.

Gültigkeit eines vom Arbeitgeber nur unterstempelten Antrags auf Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 418 RVO.).

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Leipzig** v. 7. März 1917 (11 B. 5/17).

Die Bezugnahme des Kassenvorstandes auf § 126 BGB. geht schon deshalb fehl, weil diese Bestimmung nur den Fall betrifft, daß durch das Gesetz schriftliche Form ausdrücklich vorgeschrieben ist. Weder in § 418 noch in § 435 RVO. ist aber eine solche Vorschrift zu finden. Es wird daselbst von dem Antrage der Arbeitgeber auf Befreiung von der Versicherungspflicht schlechthin gesprochen, ohne daß darüber, in welcher Form dieser Antrag zu stellen ist, etwas gesagt wird. Es genügt beim Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen also, wenn der Arbeitgeber der Kasse irgendwie zu erkennen gibt, daß er die Befreiung eines Dienstmädchens wünscht. Eine Vollziehung eines Schriftstücks mit einem lesbaren Stempel muß insbesondere auch als ausreichend angesehen werden.

Gehen der Kasse dann noch Zweifel darüber bei, ob das ihr zur Kenntnis Gebrachte in der Tat der Wille der Arbeitgeber ist, so ist sie unbehindert, sich nachträglich noch Gewißheit zu verschaffen. Keinesfalls ist es aber zulässig, das Vorliegen eines scheinbaren formellen Mangels zur Ablehnung eines, wie die Kasse selbst zugibt, sachlich gerechtfertigten Antrages zu benutzen. Unter diesen Umständen braucht auf die nachträgliche Wiederholung des Befreiungsantrages mit der Unterschrift des Arbeitgebers nicht weiter zurückgekommen werden; denn sie hat nur infolge der irrtümlichen Belehrung seitens der Kasse die Form eines neuen Antrags erhalten, während sie tatsächlich nicht mehr besagt, als daß der Arbeitgeber den ersten Antrag als von ihm gewollt und abgegeben bestätigt.

Überdies muß ganz allgemein von besonders gearteten Ausnahmefällen abgesehen der ergänzenden Heranziehung des bürgerlichen Rechts für Auslegung des öffentlichen Rechts entgegengetreten werden. Das bürgerliche Recht ist ein Ergebnis der geschichtlichen Entwicklung, ebenso überwiegend formalistisch, wie das öffentliche Recht im Gegensatz hierzu nach Möglichkeit formfrei und tunlichst auf sachliche Erledigung gerichtet ist. Soweit das öffentliche Recht, im vorliegenden Falle das soziale Versicherungsrecht, sich nicht selbst formale Schranken setzt, dürfen mithin solche nicht in einem anderen, ihm fremden Rechtsgebiet gesucht und herübergenommen werden.

Daraus also, daß der Arbeitgeber seinen am 9. Oktober 1916 gestellten Antrag nur mit seinem Namen unterstempelt, nicht aber eigenhändig unterschrieben hat, kann nichts zugunsten der Ansicht der Beschwerdeführerin entnommen werden . . .

Hilfsbedürftigkeit als Voraussetzung des Ersatzanspruchs des Armenverbandes gegen die Krankenkasse.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Leipzig** (3. Spruchkammer) v. 29. November 1916 (V. K. 1/15).

. . . Nach dem oben Angeführten ist nunmehr zweifelsfrei, daß das Kassenmitglied S. über den Tag seiner Gesundschreibung, den 14. Juni 1913, hinaus krank und der ärztlichen Fürsorge bedürftig gewesen ist. Eine Leistungspflicht der beklagten Krankenkasse aus diesem Versicherungsfall an sich besteht also, wird auch von der Beklagten weiterhin nicht mehr bestritten.

Inzwischen hat sich jedoch herausgestellt, daß S. als der klagende Ortsarmenverband eingriff, nicht wie bisher angenommen völlig mittellos gewesen, sondern im Besitz der für seine Verhältnisse nicht unerheblichen Summe von 451 *M* gewesen ist.

Der Kläger stützt seinen Anspruch auf § 57 des Krankenversicherungsgesetzes. Aus der Fassung dieser Bestimmung geht hervor, daß der Ersatzanspruch für die Armenverbände nur gegeben ist, wenn es sich um Unterstützung hilfsbedürftiger Personen handelt. Wer hilfsbedürftig ist, setzt weder die ebenerwähnte Vorschrift, noch das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz auseinander; die Erläuterung des Begriffs bleibt vielmehr der Landesgesetzgebung überlassen. Nach § 4 der Armenordnung für das Königreich Sachsen vom 22. Oktober 1840 hat „nur derjenige Arme, welcher einen notdürftigen Lebensunterhalt ganz oder zum Teil nicht von anderen, den Rechten nach oder zufolge besonderer Verbindlichkeit dazu verpflichteten Privatpersonen oder Korporationen erlangen kann, auch von

Digitized by Google

anderen nicht freiwillig empfängt und sich ebensowenig notdürftig ernähren kann", auf öffentliche Armenunterstützung Anspruch.

Im vorliegenden Fall war S. durch sein Sparkapital befähigt, sich selbst notdürftig zu ernähren und insbesondere zunächst einmal die Kosten seiner Unterbringung zu decken. Er konnte deshalb zur Zeit des Eingreifens des Klägers nicht als hilfsbedürftig angesehen werden und ist es, da seine Spargelder auch heute noch unangetastet sind, auch jetzt noch nicht. Fehlt es aber auch an der Hilfsbedürftigkeit, so ist der Kläger auch nicht berechtigt gegen die Beklagte Ansprüche aus § 57 des Krankenversicherungsgesetzes zu erheben. Auch die Erwägung, daß das Sparkapital des S., wenn es der Kläger, was er durfte, angegriffen hätte, durch die langdauernde Anstaltspflege längst aufgezehrt worden wäre, wodurch sich nunmehr die Hilfsbedürftigkeit des Genannten ergeben hätte, kann zu einer anderen Entscheidung nicht führen, denn Anspruch auf Kassenleistung und Hilfsbedürftigkeit müssen zeitlich zusammenfallen. Der erstere endete annehmbar am 9. Dezember 1913. Zu dieser Zeit waren die Aufwendungen des Klägers unstreitig noch nicht so hoch, daß sie die Summe von 451 ℳ überschritten hätten. Aber auch wenn dies der Fall wäre, so bietet doch die Armenordnung keine Möglichkeit, dem Begriff der Hilfsbedürftigkeit eine solche ausdehnende Auslegung zu geben.

B. Zur Unfallversicherung.

Auch der Betrieb einer Körperschaft öffentlichen Rechts gilt unter der Voraussetzung des § 538 Ziff. 2 RVO. als Fabrik.

Beschluß des Oberversicherungsamts Groß-Berlin v. 22. Februar 1917 (B. U. 8/17).

Die Annahme der Beschwerdeführerin, daß sich die Vorschrift des § 538 RVO.: „Als Fabriken im Sinne des § 537 Nr. 2 gelten Betriebe usw." nur auf gewerbliche Betriebe bezieht, trifft nicht zu. Das Wort „Betrieb" ist im § 538 vielmehr im weitesten Sinne gebraucht, d. h. es bezeichnet den Inbegriff von Tätigkeiten, die einem bestimmten Zwecke dienen, und zwar nicht bloß gewerblichen, sondern auch staatlichen, gemeindlichen oder wohltätigen Zwecken, wie im Handbuch der Unfallversicherung Bd. I Anm. 3 zu § 2 GUVG. ausgeführt ist. Der Geschäftsbetrieb der .... Berufsgenossenschaft ist daher versicherungspflichtig, soweit in ihm nicht bloß vorübergehend von elementarer Kraft bewegte Triebwerke verwendet werden, was nach obigen Angaben tatsächlich der Fall ist. Der Betrieb der Adressenprägemaschine unterliegt sonach der Versicherungspflicht, und zwar handelt es sich, da der Geschäftsbetrieb der Berufsgenossenschaft seiner Art nach nicht versicherungspflichtig sein kann, um einen sogenannten reinen Motorbetrieb (vgl. Handbuch a. a. O. Anm. 7 Nr. 3 S. 187).

Kosten der Unfalluntersuchung, auch der Aktenübersendung an den Versicherungsträger, fallen der Ortspolizeibehörde zur Last.

Entscheidung des Kgl. sächs. Ministeriums des Innern vom 20. Dezember 1916 (399 I G.).

In den §§ 1559 bis 1567 RVO. wird die Unfalluntersuchung behandelt. Im Abs. I des § 1559 ist vorgeschrieben, daß, wenn ein Versicherter getötet oder derart verletzt worden ist, daß er voraussichtlich nach der Reichsversicherungsordnung zu entschädigen ist, „die Ortspolizeibehörde des Unfallorts sobald als möglich den Unfall untersucht". Nach Abs. II dieses Paragraphen „hat die Ortspolizeibehörde den Unfall auch dann zu untersuchen", wenn es ein nach der Reichsversicherungsordnung zur Leistung Verpflichteter beantragt. Schon aus diesem Wortlaute der Reichsversicherungsordnung ist herzuleiten, daß die Ortspolizeibehörde mit der Unfalluntersuchung in diesen Fällen lediglich eine Verpflichtung erfüllt, die ihr das Gesetz als eigene auferlegt hat. Auch die Kommissionshandlungen lassen keine andere Auslegung zu; denn in der ersten Lesung waren verschiedene Abänderungsanträge zum Entwurfe gestellt, und bei Beratung derselben wurde ausdrücklich erwidert, daß es der allgemeinen Behördenorganisation widerspreche, dem Versicherungsamte nach seinem Ermessen ein Eingreifen „in die eigentlich der Polizei obliegenden Aufgaben" zu gestatten (Kommissionsbericht VI S. 37). Die Erledigung der eigenen amtlichen Aufgaben, die einer Behörde unmittelbar kraft Gesetzes übertragen sind, sind aber sehr wohl von der Erfüllung solcher Geschäfte zu unterscheiden, deren sich eine Behörde im Rechtshilfezuge für eine andere Stelle, der an sich die Erledigung der Aufgabe obliegt, lediglich helfend aufgefordert oder auch unaufgefordert, unterzieht (Rosin, Recht der Arbeiterversicherung II S. 215). Hierüber sind in den §§ 115 bis 117 RVO. besondere Bestimmungen enthalten, die darauf hinauskommen, daß die Behörde zur Leistung der Rechtshilfe verpflichtet, dafür aber berechtigt ist, alle baren Auslagen, die durch die Rechtshilfe erwachsen, von dem Versicherungsträger erstattet zu verlangen. Im Gegensatze zu diesen Rechtshilfekosten hat der Versicherungsträger die Kosten, die

Digitized by Google

der Behörde durch die Erfüllung der eigenen Aufgaben erwachsen, grundsätzlich nicht zu erstatten.

Die Kosten der Unfallunterſuchung einſchließlich der Portokoſten nach § 1559 Abſ. I und II und § 1567 RVO. fallen demnach, vorbehaltlich der Ausnahmebeſtimmung in § 1564 Abſ. II RVO., der Ortspolizeibehörde zur Laſt. So auch übereinſtimmend die Kommentare....

Wenn der Rekurrent zur Unterſtützung ſeiner gegenteiligen Meinung ſich auf den Kommentar von Haenel-Dannenberg, § 117 Anm. 2 und § 1565 Anm. 10, beruft, ſo iſt er ſchon mit Recht von der Kreishauptmannſchaft darauf hingewieſen worden, daß es ſich in den dort angezogenen Fällen gerade um die hier nicht in Frage kommende Rechtshilfe handelt. Wenn weiter der Rekurrent darauf Bezug nimmt, daß nach § 1567 RVO. die Polizeibehörden nur verpflichtet ſeien, gebührenfrei zu expedieren, ſo iſt ſolche Behauptung durch nichts begründet; die Vorſchrift in § 1567 Abſ. III RVO., wonach für Abſchriften Schreibgebühren erhoben werden können, iſt eingefügt worden, um Mißbrauch zu verhüten; und im übrigen beſtimmt der Paragraph außer der Zuläſſigkeit der Einſichtnahme in die Verhandlung lediglich, daß nach Abſchluß der Unterſuchung die Ortspolizeibehörde dem Verſicherungsträger die Verhandlungen zu überſenden hat. Es endet alſo die Unfallunterſuchung mit der Aktenüberſendung, und die dadurch entſtehenden Portokoſten ſind gerade die letzten baren Auslagen, die die Polizeibehörde als eigenen Aufwand zu tragen hat.

Die Frankierung der an die Organe der Berufsgenoſſenſchaften zu richtenden Poſtſendungen iſt außerdem durch Verordnung vom 9. Juni 1888 (G.- u. V.-Bl. S. 180) nach Wegfall der Portofreiheit noch ausdrücklich vorgeſchrieben, und die Frankierung der Poſtſendungen zwiſchen Behörden, ſtaatlichen Anſtalten und Kaſſenſtellen iſt durch Verordnung vom 10. März 1905 (G.- u. V.-Bl. S. 20) nochmals beſonders beſtimmt worden.

Auch auf § 59 RVO. kann der gegenteilige Standpunkt nicht geſtützt werden; denn dieſe Vorſchrift, die die Verpflichtung der Verſicherungsträger zur Erſtattung der Barauslagen in Spruchſachen (§§ 1591 bis 1674 RVO.) vorſchreibt, bezieht ſich nicht auf die Unfallunterſuchung nach §§ 1559 ff. RVO. Ebenſowenig wird die grundſätzliche Beurteilung der Frage dadurch beeinflußt, daß nach § 1566 RVO. das Reichsverſicherungsamt nähere Beſtimungen über die Niederſchrift der Unterſuchungsverhandlungen erlaſſen kann; bei Beratung der Vorſchriften über die Unfallunterſuchung wurde die Aufſtellung eines einheitlichen Muſters als wichtig und wünſchenswert bezeichnet und demgemäß ein entſprechender Antrag eingebracht, der in der Form des beſonderen § 1566 Geſetz geworden iſt (KommBer. VI 46 S. 47).

Dagegen kann es zweifelhaft ſein, ob auch im beſonderen Falle des Abſ. III von § 1559 die bisher vertretene Anſicht zu Recht beſteht. Nach dieſer Vorſchrift kann auch der Berechtigte die Unterſuchung des Unfalls bei dem Verſicherungsamte beantragen und dieſes kann die Ortspolizeibehörde erſuchen, dem Antrage zu entſprechen.

Dieſe geſetzliche Beſtimmung iſt durch die Kommiſſion eingefügt und es iſt dazu von einem Kommiſſar des Bundesrats ausgeführt worden, daß es ſich dabei um Rechtshilfe handle (KommBer. VI S. 40). Das Miniſterium des Innern iſt deshalb der Meinung, daß inſoweit — aber auch nur in dieſem beſonderen Falle — die Portokoſten und ſonſtigen baren Auslagen der Ortspolizeibehörde ausnahmsweiſe zu erſtatten ſind.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenverſicherung.

Beſchäftigung eines im Sinne des § 1255 Abſ. 2 RVO. Invaliden und Beitragsleiſtung begründen keinen Anſpruch auf Rente.

Rev.-Entſch. des ſächſ. Landesverſicherungsamts vom 3. Februar 1917 (62 I. L.).

Der am 3. Juni 1884 geborene Kläger hat bereits am 9. Februar 1908 den Antrag geſtellt, ihm die Invalidenrente zu bewilligen, iſt aber mit dieſem Anſpruch rechtskräftig zurückgewieſen worden, weil er infolge ſeines körperlichen Zuſtandes nie imſtande geweſen ſei, eine verſicherungspflichtige Tätigkeit auszuüben und danach ſämtliche für ihn entrichtete Verſicherungsbeiträge zu Unrecht beigebracht worden ſeien. Gleichwohl hat der Kläger, der in der Zeit vom 7. Dezember 1903 bis 3. Auguſt 1914 in der an ſeinem Wohnorte befindlichen Zweigniederlaſſung der Korſettfabrik von A. B. mit Korſettnähen beſchäftigt geweſen, ſeitdem aber keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen iſt, die Beiträge zur Invalidenverſicherung dauernd bis zum 13. November 1915 fortentrichtet und am 26. Januar 1916 ſeinen Antrag, ihm die Invalidenrente zu gewähren, erneuert. Von der Beklagten (Landesverſicherungsanſtalt) iſt dieſer Antrag durch Beſcheid vom 23. Juni 1916 und vom Oberverſicherungsamt die Berufung durch Urteil zurückgewieſen worden, weil der Kläger auch ſeit dem Jahre 1908 nicht erwerbsfähig geweſen ſei. Dieſen Ausſpruch ſtützt das Berufungsgericht auf die Feſtſtellung einmal des körperlichen Zuſtands des Klägers, der ſeit ſeiner Jugend an hochgradiger Wirbelſäulenverkrümmung, an einer Veränderung des Bruſtkorbes, Verlegung der Bruſthöhlenorgane, an Herzſchwäche ſowie aſthmatiſchen Zuſtänden der Lunge leide, und deshalb

Digitized by Google

keine versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben könne, sowie zweitens auf den Lohn der vom Kläger nach dem vorliegenden, auf die Zeit vom 9. Januar 1909 bis zum 18. August 1914 sich erstreckenden Lohnnachweis tatsächlich mit insgesamt 897,65 ℳ verdient worden ist, mit dem der Kläger auch nicht annähernd das gesetzliche Lohndrittel des § 1255 Abs. 2 RVO. erreicht habe und um deswillen nach Auskunft des Arbeitgebers nicht habe erreichen können, weil er nicht mehr fertig zu bringen und immer nur dieselbe, für ihn nicht stets vorhandene Arbeit zu verrichten imstande gewesen sei. Die hiergegen vom Kläger eingelegte Revision ist zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Gebrechlichkeit des Klägers, die bereits in dem früheren Rentenverfahren festgestellt worden ist, . . . rechtfertigt, weil die Ursache dieser Gebrechlichkeit im unabänderlichen Zustande seines Körpers zu finden ist, die Annahme des Berufungsgerichts, daß der Kläger, wie zur Zeit des früheren Rentenverfahrens und vorher, so auch seitdem und heute noch nicht imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Der Feststellung, daß der Kläger demnach auch nach der rechtskräftigen Abweisung seines Rentenanspruchs invalide im Sinne von § 1255 Abs. 2 RVO. gewesen ist, kann um so gewisser nicht entgegengetreten werden, als er tatsächlich ein Drittel des auf durchschnittlich 18 bis 20 ℳ in der Woche sich belaufenden Lohnes einer körperlich und geistig gesunden Person mit ähnlicher Ausbildung nach dem vorliegenden Lohnnachweise mit seinem durchschnittlichen Wochenlohne von 3.19 ℳ nicht annähernd erreicht hat und, wie hinzugefügt werden mag, nach seinem neuerlichen, in der Revisionsinstanz unbeachtlichen Vorbringen dieses Drittels mit einem durchschnittlichen Wochenlohne von 4 24 ℳ auch nicht annähernd erreicht haben würde. Seine Rüge, das Berufungsgericht habe nicht in gehörige Erwägung gezogen, daß er wegen Mangels an Arbeit nicht mehr verdient habe, ist unbegründet. Denn das angefochtene Urteil stellt auf Grund der Auskunft des Arbeitgebers einwandfrei fest, daß der Kläger teils wegen seiner körperlichen Unfähigkeit zu erheblicherer Arbeitsleistung, teils wegen der in seinem Körperzustande begründeten Beschränkung auf gewisse, nicht immer benötigte Verrichtungen nicht mehr habe verdienen können. Im übrigen trägt bereits die Feststellung, daß der Kläger wegen der Beschaffenheit seines Körpers nicht imstande ist oder jemals gewesen ist, das Lohndrittel des § 1255 Abs. 2 RVO. zu erreichen, die Annahme seiner ununterbrochenen Invalidität auch seit der Zeit der ersten Ablehnung seines Invalidenrentenanspruchs.

Aus der Tatsache der Invalidität des Klägers während der gesamten Dauer seiner an und für sich versicherungspflichtigen Arbeit (§ 1226) folgt, wie aus § 1236 RVO. sich ergibt, schlechthin, daß er weder beim Beginn dieser Arbeit, noch späterhin jemals versicherungsfähig gewesen ist (zu vgl. Hanow-Lehmann, RVO. Bd. 4 S. 54 Anm. 5 zu § 1236, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1914 S. 692 Nr. 1894). Die Bezahlung der Versicherungsbeiträge seitens des Klägers und für diesen kann deshalb nur die Folge haben, daß sie zurückgefordert werden dürfen, soweit § 1446 RVO. dies gestattet, da weder eine Selbstversicherung des Klägers (§§ 1243, 1244) in Betracht kommt, noch auch ein Anerkenntnis der Beklagten, dem Kläger die formale Versicherungsberechtigung verschafft hat (§ 1445 Abs. 2).

Die nach § 1445 Abs. 1 Satz 1 RVO. wegen der ordnungsgemäßen Verwendung der Marken zu den vorliegenden Quittungskarten begründete Vermutung, daß während der belegten Beitragswochen ein Versicherungsverhältnis bestanden habe, wird, ohne daß es der Nachprüfung im einzelnen gemäß Satz 2 a. a. O. bedarf, durch die Feststellung des Gegenteils beseitigt. Es ist deshalb nur noch zu erörtern, ob etwa die Beklagte den Rentenanspruch um deswillen nicht ablehnen darf, weil sie ihn anerkannt hat (§ 1445 Abs. 2 Satz 2), sei es ausdrücklich oder, da ein Anerkenntnis solcher Art, wie ein Anerkenntnis überhaupt, nicht behauptet wird, durch schlüssige Handlungen (vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 837 Nr. 1949 und die hier angez. Entsch.). Als solche könnten im vorliegenden Falle nur die Einziehung der Beiträge seitens der Einzugsstelle und die Vereinnahmung der eingezogenen Beiträge sowie die Entgegennahme der Quittungskarten seitens der Beklagten selbst in Betracht kommen. Im Bezirke der Beklagten bestand und besteht das gemäß §§ 1447 flg. eingerichtete Einzugsverfahren (§§ 16 flg. der Verordnung der Min. des Innern und der Finanzen vom 20. Dezember 1912, GVBl. S. 548 flg. und Anweisung des Min. des Innern vom 25. Juni 1912, GVBl. S. 345 flg.) in der Gestalt, daß die Krankenkassen mit der Einziehung der von ihren Mitgliedern zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu leistenden Beiträge betraut worden sind. Wären die Einzugsstellen schlechthin zur Vertretung der Beklagten berufen, so könnte daraus mit dem Urteil des Reichsversicherungsamts Nr. 1780 vom 27. Oktober 1913 (Amtl. Nachr. 1913 S. 820) die Folgerung, daß im vorliegenden Falle die Einziehung der Beiträge durch die Krankenkassen in der Annahme der Versicherungspflicht des Klägers geschehen sei, gezogen und darin nach Befinden ein von der Beklagten zu vertretendes Anerkenntnis der Versicherungspflicht erblickt werden. Mit Recht hat aber der Große Senat des Reichsversicherungsamts im Urteil Nr. 1891 vom 27. Juni 1914 (Amtl. Nachr. 1914

Digitized by Google

S. 685) die Einzugsstellen zwar als Organe der Versicherungsanstalten anerkannt, ihnen aber die Vertretungsmacht über den ihnen zugewiesenen Wirkungskreis hinaus versagt. Da dieser auch im Bezirke der Beklagten auf die Einziehung der Beiträge, die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten sich beschränkt (vgl. die oben angez. Verordnung und die dazu erlassene Anweisung a. a. O.), so trifft auf den vorliegenden Fall auch zu, was in der zuletzt angezogenen Entscheidung weiter ausgeführt wird; den Einzugsstellen ist deshalb auch im Bezirke der Beklagten die Befugnis abzusprechen, ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht mit bindender Wirkung für die Versicherungsanstalt abzugeben. Auch der Umstand, daß die Beklagte die von den Krankenkassen ihr zugesendeten Beiträge vereinnahmt und die Quittungskarten entgegengenommen hat, vermag eine Bindung der Beklagten nicht zu rechtfertigen. In dieser Hinsicht ist ebenfalls auf die mehrerwähnte Entscheidung des Großen Senats zu verweisen, die auf die erschöpfende Regelung der Tatsachen, denen die Wirkung der formalen Versicherung zukommt, in dem § 1445 Abs. 2 und 3 RVO. verweist und bereits aus dem Wortlaute des Abs. 3 a. a. O. entnimmt, daß der bloßen Vereinnahmung von Beiträgen und der Entgegennahme der Quittungskarten die Wirkung eines Anerkenntnisses nicht beigelegt werden kann (vgl. Bayr. LVA. Rev.-Entsch. vom 19. November 1913 in Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 2 S. 308 flg., auch Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 765 Nr. 2113).

Hiernach hat der Kläger dadurch, daß er trotz Kenntnis der ihm mangelnden Versicherungsverpflichtung und -berechtigung Versicherungsbeiträge fortgesetzt für sich hat bezahlen lassen, seine offenbare Absicht, dadurch einen Anspruch auf Versicherungsleistungen zu verschaffen, nicht verwirklichen können.

Sprechsaal.

Wann gehören Teuerungszulagen nicht zum Entgelt im Sinne des § 160 RVO.?

Wir leben in der Zeit der Kriegsteuerung und damit auch in der Zeit der Teuerungszulagen. Die Mehrzahl der gegen Gehalt oder Lohn beschäftigten Personen wird eine Aufbesserung des „Entgelts" erfahren haben. Die Formen, in der diese Erhöhungen gekleidet werden, sind die denkbar verschiedensten. Es entsteht deshalb sehr oft die Frage, ob die Bezüge zu dem „Arbeitsverdienst" im Sinne der Reichsversicherungsordnung zu rechnen sind. Die Beantwortung ist vor allem wichtig für die Klassenzuteilung in der Krankenversicherung, wenn diese Klassen nach Lohnstufen abgegrenzt sind, für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der gewerblichen Unfallversicherung usw.

Im allgemeinen ist der Standpunkt richtig, den hierzu wiederholt die Arbeiter-Versorgung eingenommen hat (vgl. 1915 S. 671, 1916 S. 552) und der auch in der Entscheidung des Rentenausschusses Berlin vom 19. Januar 1916 (ArbVers. 1916 S. 582) zum Ausdruck kommt. Entscheidend ist bei dieser Frage nicht die rechtliche Erscheinungsform des Entgelts, sondern sein wirtschaftlicher Inhalt und der wirkliche Tatbestand. Es genügt, wenn tatsächlich eine Zuwendung erfolgt, die der Beschäftigte nach den Umständen des Falles als eine Gegenleistung für seine Tätigkeit ansehen kann und nicht als eine auf bloßem Wohlwollen beruhende Schenkung zu betrachten hat. Diese allgemeine Beurteilung wird nicht dadurch verändert, daß auf die Teuerungszulagen kein Rechtsanspruch besteht und der Arbeitgeber sie zu jeder Zeit widerrufen kann. Hiernach sind die regelmäßigen Teuerungszulagen bei der Berechnung des Lohnes zu berücksichtigen.

Aber schon aus dieser allgemeinen Umgrenzung geht hervor, daß die Regel Ausnahmen hat. Die Teuerungszulage ist dann *nicht* zum Entgelt zu rechnen, wenn sie *nicht regelmäßig*, sondern in großen Zeitabschnitten rein zufällig gewährt wird. So gewährte z. B. eine Straßenbahn ihren Angestellten „einmalige" Teuerungszulagen, und zwar den ledigen 40 ℳ, den verheirateten 60 ℳ, letzteren außerdem für jedes Kind 30 ℳ. Es ist nicht abzusehen, ob und wann wieder einmal solche Zuwendungen in Aussicht stehen und welche Höhe sie dann etwa haben. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß diese in längeren Zeitabschnitten als vielleicht einem Monat auseinanderliegenden, auf reiner Zufälligkeit beruhenden Beihilfen *nicht* zum Entgelt im Sinne des § 160 RVO. gehören. Fehlt es doch bei ihnen schon an jedem Anhalt und Maßstabe für ihre Berechnung und Verteilung auf die einzelnen Lohnzahlungsperioden. Voraussetzung für die Verwertung der Zulagen als Arbeitsverdienst muß doch immer sein, daß sie eine gewisse Stetigkeit besitzen, die ihre durchschnittliche Höhe berechnen läßt, und daß der Beschäftigte, wenn er schon keinen bestimmten Anspruch darauf hat, sie nach „menschlichem Ermessen" doch wenigstens wieder mit einiger Sicherheit *erwarten* kann. Sonst könnte es vorkommen, daß er einen Arbeitsverdienst bei der Krankenversicherung „versteuert", den er nicht oder wenigstens nicht wieder hat.

Eine andere Voraussetzung ist, daß die Teuerungszulage auch wirklich als ein Entgelt für geleistete *Dienste* anzusehen ist. In der Munitionsfabrik z. B. erhalten die Arbeiterinnen täglich 2 60 ℳ Lohn, dazu eine allgemeine Teuerungszulage von 1.50 ℳ. Es ist sicher, daß diese 4,10 ℳ bei der Krankenversicherung als Lohn zur Berechnung kommen. Nun erhalten aber die Kriegerfrauen (und diese nur allein) für ihre Person noch eine tägliche Zulage von 1,— ℳ, außerdem für das erste Kind 20 ₰ und für jedes weitere Kind 15 ₰. Diese Extrazulagen werden auch beim „Aussetzen" aus irgendwelchem Grunde und bei Erwerbsunfähigkeit weitergezahlt. Schließlich wird den Kriegerfrauen diese besondere Beihilfe, wenigstens zum Teil, an der Kriegerfamilienunterstützung durch den „Lieferungsverband" gekürzt. Danach dürfte die Ansicht gerechtfertigt sein, *daß diese besonderen Zuwendungen nicht zum Entgelt im Sinne der Reichsversicherungsordnung gehören*, weil die Zulage nicht eine

Digitized by Google

Gegenleistung für wirklich geleistete Arbeit — die Kriegerfrau wird nicht mehr arbeiten, wie irgendeine andere Frau —, sondern eine auf Wohlwollen beruhende Schenkung ist. Der Unternehmer hat hier die Absicht, den durch die Einberufung des Ehemannes zum Heeresdienst besonders geschädigten Ehefrauen eine besondere Fürsorge zukommen zu lassen. Es dürften hier dieselben Grundsätze anzuwenden sein, die das Reichsversicherungsamt in seinem Beschluß vom 6. Februar 1915 (ArbVers. 1915 S. 302) aufgestellt hat, in dem die Versicherungspflicht von Kriegsteilnehmern, die vom Arbeitgeber einen Teil des Gehalts weiter gezahlt bekommen, aber nicht beschäftigt sind, verneint wird.

Diese Grundsätze sind freilich bei der hier erörterten Frage nicht zu weitgehend auszulegen, um nicht auf schiefe Bahn zu kommen. So ist z. B. eine regelmäßig gezahlte Teuerungszulage nicht schon deshalb als auszuschaltende „Unterstützung" anzusehen, weil sie vielleicht nach den Familienverhältnissen des Beschäftigten abgestuft ist, etwa nach der Zahl der Kinder. Die Zuwendung muß vielmehr das Kennzeichen der besonderen Fürsorge offen zur Schau tragen, wie z. B. die Weiterzahlung auch bei Erwerbsunfähigkeit und ähnlichen Unterbrechungen der Arbeit, Gewährung nur an bestimmte Personengruppen, wie Kriegerfrauen oder Reklamierte usw. Auch hier kommt es auf die mit sozialem Verständnis und Takt durchgeführte Beurteilung des einzelnen Falles an.

Beitragsfreie Anrechnung von Kriegsdienstzeiten freiwillig Versicherter bei der Invalidenversicherung.

Von dem Stellvertretenden Vorsitzenden des Versicherungsamts Gelsenkirchen-Stadt geht uns folgendes Schreiben zu:

„In einem Aufsatz des Landesrats Dr. Schellmann ArbVers. 1917 S. 236 ist ausgeführt, daß für diejenigen, welche sich freiwillig versichert haben, die Militärkriegsdienstwochen nur dann zur Anrechnung kommen, wenn auch wirklich während dieser Wochen Beitragsmarken weitergeleistet worden sind. Dies ist an sich nach § 1393 RVO. richtig, steht jedoch im Widerspruch mit der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. Dezember 1915 (ArbVers. 1916 S. 39) und Ausführungen des Regierungsrats Dr. Sonderhoff (das. S. 49 ff.). Danach werden Versicherten, deren Anwartschaft bis zur Kriegsdienstleistung aufrechterhalten ist, auch wenn sie die Voraussetzung des § 1393 Abs. 2 nicht erfüllt haben, die Kriegsdienstzeiten als Zeiten freiwilliger Versicherung angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet werden brauchen. Es ergibt sich also, daß auch den freiwillig Versicherten und den freiwillig Weiterversicherten die Kriegsdienstzeiten angerechnet werden, wenn sie bis zur Einberufung Beiträge geleistet haben und zwar ohne Rücksicht darauf, ob bis dahin die Wartezeit bereits erfüllt oder nach früherem Verlust bereits wiedererlangt war. Einen früheren Pflichtversicherten, der seine Anwartschaft wegen unterlassener Beitragsleistung während zweier Jahre verloren hatte, sie dann aber durch freiwillige Weiterversicherung wieder hat aufleben lassen und diese freiwillige Versicherung bis zu seiner Einberufung fortgesetzt hat, würde demnach die Kriegsdienstleistung als Beitragszeit angerechnet werden, auch wenn er die neue Wartezeit von 200 Wochen bei seiner Einberufung noch nicht wieder erfüllt hatte."

Wir treten der hier vertretenen Auffassung bei, die allein dem Sinn und Zweck der Bekanntmachung entspricht. Ebenso Regierungsrat Bracht in Monatsschr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1916 Sp. 84.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die soziale Versicherung vor dem Reichstag.

Von der „sozialpolitischen Woche", die im Reichstag früher alljährlich bei der Beratung des Etats für das Reichsamt des Innern abgehalten wurde, sind in der Kriegszeit nur noch „sozialpolitische Tage" übrig geblieben. In diesem Jahre fanden die Beratungen nur an zwei Tagen Ende März statt (87. bis 89. Sitzung). Sie betrafen selbstverständlich zum guten Teil die Wirkung des Krieges auf die sozialpolitischen Einrichtungen. Sie begannen mit einem Bericht des Abg. von Graefe (kons.) über die Behandlung der Fragen im Reichshaltausschuß. Im Etat sei der Posten eines zweiten Unterstaatssekretärs vorgesehen, der mit der gesteigerten Arbeitslast des Amtes begründet wird. Dieses Amt umfasse hauptsächlich fünf Arbeitskomplexe, darunter die sozialen Angelegenheiten. Über kurz oder lang sei eine Reform oder Neuorganisation des Reichsamts des Innern unvermeidlich. In Berücksichtigung der ganz besonderen Bedeutung der Sozialpolitik und ihrer Ausgestaltung sei schon der Vorschlag gemacht worden, eine Dreiteilung des Amtes vorzunehmen. Ihre Grundlage würde sein, daß ein Wirtschaftsressort, ein sozialpolitisches, nicht mit den anderen politischen Fragen belastetes, und noch ein selbständiges politisches Ressort geschaffen werde. Wenn die Reform auch erst nach dem Kriege in Frage kommen könne, so sei es doch schon jetzt dringend wünschenswert, jetzt schon eine Gliederung innerhalb des Reichsamts des Innern in zwei große Hauptgruppen vorzunehmen, bei der auf der einen Seite die politischen und sozialpolitischen, auf der anderen die sämtlichen wirtschaftlichen Fragen stehen. Diese Darlegungen wurden vom Staatssekretär des Innern, Dr. Helfferich, ergänzt. Der Abgeordnete Giesberts (Zentr.) sprach über Familienunterstützung, Kriegsbeschädigtenfürsorge, Arbeitskammergesetz, Arbeiterschutz usw. Die deutsche Arbeiterversicherung habe nicht bloß den Arbeitern die Existenzmöglichkeit für die Tage der Krankheit und Not gesichert, sondern auch unsere ganzen gesundheitlichen Verhältnisse im Lande wesentlich gefördert, unser Volk zu einer hygienischen Lebensweise erzogen und durch die Beschäftigung ärztlicher und medizinischer Kräfte in der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung auch den Volkskrankheiten viel kräftiger entgegengewirkt.

Abg. Hoch (Soz.) äußerte sich mit der sozialpolitischen Tätigkeit des Reichsamts sehr unzufrieden. Die Aufregungen des Krieges und die Unterernährung ließen besorgen, daß die Arbeitskraft des Volkes vor der

Digitized by Google

Zeit untergraben werde. Deshalb wäre es Aufgabe einer weitsichtigen Sozialpolitik gewesen, die Arbeiterschutzgesetze den Verhältnissen anzupassen. Dem zweiten Unterstaatssekretär stimme er zu. Der Abg. Büchner (Soz. Arbg.) ging auf den Runderlaß des Reichsversicherungsamts an die gewerblichen Berufsgenossenschaften näher ein, der die Beschäftigung weiblicher und jugendlicher Personen und der Kriegsbeschädigten zuläßt und eine Erweiterung derselben für angängig hält. Leider fehle gegenwärtig jede Kontrolle darüber, ob die in dem Runderlasse enthaltenen Anregungen zum Schutze der Arbeiter befolgt werden. Soll eine Berufsgenossenschaft mit Leistungen eintreten, dann gehe die seelische Qual des Verletzten los, wenn versucht werde, die Rente auf ein Nichts herabzudrücken. Der Krieg habe schon Hundertausende unverschuldet zu Invaliden gemacht. Um sie nicht zu vermehren, dürfen die Vorsichtsmaßregeln im Betriebe nicht außer Acht gelassen werden. Ferner müsse die Kriegswochenhilfe ausgestaltet werden. Namentlich das Stillgeld bedürfe einer Erhöhung. Da von den hierzu bereit gestellten Mitteln nur die Hälfte verbraucht sei, sei eine Ausgestaltung auch sehr wohl möglich. Die Lebenshaltung sei enorm verteuert, der Geldwert gesunken, viele Kriegerfrauen hätten während des Krieges die zweite, manche sogar schon die dritte Geburt hinter sich. Die Not sei groß, da sie größtenteils ihr Kind selbst stillen und nicht in der Lage seien, mitzuverdienen.

Staatssekretär Dr. Helfferich kam weiterhin auf die Sozialpolitik im allgemeinen zu sprechen. Ihr sei es gelungen, die Gegensätze zwischen Arbeit und Kapital in erheblichem Maße zu überbrücken. Unsere Sozialpolitik sei nicht der Regierung und den herrschenden Klassen Schritt für Schritt abgerungen, auch nicht von einer einzelnen Partei allein gemacht worden, sondern von der Gesamtheit dieses Hauses in enger Zusammenarbeit mit den verbündeten Regierungen. Wir würden bei dieser Sozialpolitik auch in Zukunft bleiben. Der Abg. Molkenbuhr (Soz.) erwidert unter Hinweis auf eine Rede des Fürsten Bismarck aus dem Jahre 1884, in der dieser sagte: hätten wir keine Sozialdemokratie, dann hätten wir auch keine Sozialreform. Die Sozialdemokratie habe stets energisch an der Verbesserung der Arbeiterversicherung mitgearbeitet. Bei den herrschenden Klassen sei die Ansicht vorhanden, daß soziale Gesetze ein Übel seien, während sie tatsächlich die wirtschaftliche Entwicklung nirgends geschädigt hätten. Das Arbeiterversicherungswesen müsse weiter ausgebaut werden, durch Ausdehnung auf neue Gebiete, z. B. die Arbeitslosenversicherung, Schwangerschafts- und Mutterschaftsversicherung usw., ferner durch eine Reform der Rente, da das Geld an Kaufkraft verloren habe, und zwar nicht nur im Verhältnis zu ausländischen Münzen. Der Abg. Bartschat (Fr. Volksp.) kam auf den Krankenversicherungszwang für selbständige Handwerker zu sprechen. Auf dem deutschen Handwerker- und Gewerbekammertage habe kürzlich Professor Dr. Bruck (Hamburg) berichtet, die Reichsregierung beabsichtige, das selbständige Handwerk dem Krankenversicherungszwange zu unterwerfen, weil es dem Kreise der Arbeiter besonders nahe stehe. Falls die Regierung so etwas plant, sei zu fordern, daß den Organisationen im Handwerk rechtzeitig Mitteilung gemacht werde, damit sie Stellung dazu nehmen können. Vorläufig sollten sich die Handwerker freiwillig versichern. Der Abg. Horn (Soz. Arbg.) sprach nochmals über die Entwickelung der sozialpolitischen Gesetzgebung, die von der Arbeiterschaft beeinflußt werde.

Besonders ausführlich waren die Beratungen des Titels „Reichsversicherungsamt". Abgeordneter Becker-Arnsberg (Zentr.) wies auf die günstige Entwickelung der Geldverhältnisse der Krankenkassen infolge des Gesetzes vom 4. August 1914 betr. die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung hin. Auch durch die hohen Löhne und die infolgedessen gestiegenen Kassenbeiträge sei der Finanzstand der Krankenkassen sehr günstig beeinflußt. Hinzugekommen sei der niedrige Krankenstand in den ersten Kriegsjahren. Dieser günstige Stand der Krankenkassen sei nicht mehr im selben Maße vorhanden. Das liege wesentlich daran, daß die kräftigsten und die besten Risiken zum Militär herangezogen sind. Auch durch den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten würden den Krankenkassen Lasten verursacht. Weiter komme hinzu die erhebliche Verteuerung der Heilmittel, die Erhöhung der Krankenhauskosten, die Erhöhung der Wochenhilfen usw. Neuerdings aber würden die Krankenkassen ganz erheblich in steigendem Maße durch die Aufwendungen für Kriegsbeschädigte belastet. Die Kriegsbeschädigten, die weiterversichert waren oder wieder Mitglieder werden, hätten keine Lust, wenn sie von neuem erkranken, den Militärfiskus in Anspruch zu nehmen. Ein Erlaß des bayerischen Kriegsministeriums fordere geradezu auf, die wiedererkrankten entlassenen Kriegsteilnehmer ruhig den Krankenkassen zur Last fallen zu lassen. Das Reich habe deshalb den Krankenkassen die Aufwendungen für Ausheilung der früheren Kriegsteilnehmer zu erstatten; das erfordere die Gerechtigkeit. Die verbündeten Regierungen sollten den geschilderten Erscheinungen ihr Augenmerk zuwenden und sobald wie möglich Vorschläge machen, wie den Krankenkassen mit Reichsmitteln geholfen werden könne, damit sie ihren Verpflichtungen, die in der Zukunft nicht gering sein würden, genügen können. Der Abg. Hoch (Soz.) führte aus, daß nicht nur in der Kranken-, sondern auch in der Unfall- und Invalidenversicherung nach dem Kriege die Verhältnisse wahrscheinlich viel schlechter sein würden als vor dem Kriege. Es sei eine schwere Unterlassungssünde, daß an den Krieg und an die Kriegsverhältnisse niemand bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung gedacht habe. Wir werden nach dem Kriege daran gehen müssen, die finanzielle Grundlage unserer Arbeiterversicherung genau zu untersuchen und uns die Frage vorlegen, was zu geschehen hat, um der Arbeiterversicherung eine gesunde finanzielle Grundlage wieder zu geben. Wenn nicht für die nötigen statistischen Aufzeichnungen schon jetzt gesorgt werde, werde es später schwierig sein, ein klares Bild über die Kriegswirkungen zu gewinnen. Er frage deshalb, ob dies schon Gegenstand der Erörterung gewesen sei. Wenn die jetzigen Buchungen nicht genügen, um später die Grundlage für die notwendige Statistik abzugeben, müsse mit Vorbereitungen begonnen werden.

Dr. Caspar, Direktor im Reichsamt des Innern, antwortete darauf, daß die Belastung, welche den Versicherungsträgern und insbesondere den Krankenkassen durch die Mitgliedschaft von Kriegsteilnehmern drohe, schon seit langer Zeit Gegenstand der Erwägungen im Reichsamt des Innern sei. Auch die Frage der statistischen Anschreibungen sei schon eingehend geprüft worden. Man sei aber zu der Ansicht gekommen, daß die Statistiken der Krankenkassen voraussichtlich nicht eine hinreichend sichere Grundlage dafür werden geben können, in welchem Maße Hilfe notwendig sei, und wer helfend eintreten solle, um die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen aufrecht zu erhalten. Das Reichsversicherungsamt, das auch darüber bereits gehört worden, sei der Meinung, daß diese Frage nur im Einzelfalle mit hinreichender Sicherheit beurteilt werden könne, daß dagegen allgemeine Anschreibungen dieser Art nicht zum Ziele führen, namentlich auch nicht allein in die Hand des einen Teils, der dadurch eine Erleichterung zu erlangen strebe, gelegt werden könnten. Es werde eben

Digitized by Google

seinerzeit nach dem ganzen Vermögensstande und der ganzen Entwickelung der Verhältnisse bei den Krankenkassen geprüft werden müssen, ob ihre Leistungsfähigkeit so weit bedroht sei, daß ein Eintreten anderer leistungsfähiger Träger, seien es nun Gemeinden, Gemeindeverbände, Staat oder Reich, notwendig sei. Der Redner meinte, daß wohl mit Sicherheit darauf gerechnet werden darf, daß das Reich die Krankenkassen nicht im Stich lassen kann, sondern dafür sorgen muß, daß diese wichtigen Organe leistungsfähig bleiben. Was das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Kriegsbeschädigten anbetrifft, so seien diejenigen Beschädigten abzutrennen, die noch dem Heeresverband angehören und zum großen Teil zur Arbeit zwecks Förderung ihrer Heilung kommandiert werden. Diese Personen fielen ja überhaupt den Krankenkassen wahrscheinlich zum größten Teile nicht zur Last, denn solange diese Personen dem Heeresverband angehören, sorge für sie inbezug auf ärztliche Behandlung und Lazarettpflege die Heeresverwaltung, sodaß also die Krankenkassen, wenn sie von diesen beschäftigten Personen Beiträge beziehen, höchstens das Krankengeld für diese Beiträge zu leisten hätten. Dagegen lägen inbezug auf die Personen, die aus dem Heeresdienst bereits gänzlich entlassen sind, gewisse ernste Gefahren vor, denen aber erst später werde begegnet werden können. Die Verhältnisse würden im Reichsamt des Innern eingehend verfolgt, und es werde seinerzeit das Erforderliche veranlaßt werden.

Der Abg. Heckmann (natl.) sprach zunächst im allgemeinen von der sozialen Gesetzgebung als einer Kraftquelle des deutschen Volkswillens usw. und ging dann auf das Verhalten der Berufsgenossenschaften ein, das er lebhaft kritisierte. Ausführlich erörterte er einen Fall, in dem eine verletzte Frau gezwungen worden sei, selbst den Antrag auf Herabsetzung der Rente zu stellen. Bei den Oberversicherungsämtern sei ebenfalls viel zu bemängeln. Da scheine es, als ob oft vor dem Termin schon alle Streitfragen erledigt seien, sonst wäre es nicht möglich, in 3 Stunden 20 bis 30 Fälle zu erledigen. Auch habe er gefunden, daß manchen Vorsitzenden der Spruchkammer das nötige Taktgefühl im Auftreten gegenüber dem Kläger fehle. Auch gegen die Arbeitervertreter seien Vorwürfe zu erheben. Sie nähmen sich der Sachen nicht immer gehörig an. Wenn ihnen freilich erst im Termin durch eine vielleicht bis zu zehn Minuten dauernde Verhandlung die Sache bekannt werde, dann brauche man sich nicht zu wundern, wenn die einzelnen Fälle nicht so vertreten werden können, wie es im Interesse der Kläger liege. Viel Arbeit und Mühe würde dem Reichsversicherungsamt erspart bleiben, wenn die Oberversicherungsämter nicht so sehr am System klebten und sich nicht lediglich auf ärztliche Gutachten stützten, sondern sich mehr der moralischen Verpflichtung bewußt wären. Es werde oft vergessen, daß das Gesetz den Schwachen und Bedrängten ein Helfer in der Not sein wolle. Die Ärzte seien auch nicht frei von Schuld; die Leute werden oft geradezu danach behandelt, um zu übertreiben. Redner schilderte einen Fall, der einen langen Kampf um die Rente betraf. Gegen solche Vorkommnisse müsse die Stimme erhoben werden. Der Geist des Gesetzes sei ein guter; nur die Ausführung lasse zu wünschen übrig.

Abg. Behrens kam nochmals auf die Notlage der Krankenkassen zurück. Es sei selbstverständlich, daß der Gesundheitszustand besonders der schwerarbeitenden Volkskreise während des Krieges schwer gelitten habe. Für die durch den Krieg entstandenen Schäden, welche die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen stark belasten, müsse auf jeden Fall das Reich aufkommen. Vor allen Dingen sollte die Heeresverwaltung auf eigene Kosten die durch den Krieg gesundheitlich Geschädigten wieder herstellen. Die Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden, ihre Mehrleistungen wieder aufnehmen zu können. Bei den Maßnahmen der Landesversicherungsanstalten in der Kriegswohlfahrtspflege sei zu wünschen, daß einheitlich und geschlossen vorgegangen werde, damit die Wirkung der Konkurrenz der einzelnen Anstalten von den in Frage kommenden Personen nicht unangenehm empfunden wird. Die Ehrengaben an die Hinterbliebenen werden von manchen Versicherungsanstalten gewährt, von manchen nicht. Man hätte sie allgemein oder gar nicht einführen sollen. Letzteres wäre richtiger gewesen. Das Geld hätte für den Kriegsschluß aufgespart werden müssen, wo außerordentlich große Ansprüche an die Versicherungsanstalten gestellt werden würden, um die Aufgaben auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der gesundheitlichen Wohlfahrtspflege zu erfüllen. Schließlich ging der Abg. Koßmann (Zentr.) noch ausführlich auf die Not der Rentenempfänger und die Zuschüsse an diese ein. — Damit schloß die Beratung der sozialpolitischen Fragen, wenigstens soweit sie im Zusammenhang mit der sozialen Versicherung stehen. Über die mitbesprochene Erhöhung der Unfall- und Invalidenrenten berichten wir an anderer Stelle.

Der § 115 RVO. und die ärztliche Schweigepflicht vor dem Reichstag.

Nach § 115 RVO. sind die öffentlichen Behörden verpflichtet, den im Vollzuge dieses Gesetzes an sie ergehenden Ersuchen der Versicherungs- und anderen öffentlichen Behörden sowie der Organe der Versicherungsträger zu entsprechen. Es ist aber streitig, welchen Ersuchen hiernach, namentlich im Hinblick auf die in § 300 des Strafgesetzbuches festgelegte Schweigepflicht, entsprochen werden kann. Von Vertretern sämtlicher Parteien wurde deshalb im Reichstag folgende „kleine Anfrage" (Nr. 124) eingebracht:

„Wie der Vertreter des Kriegsministeriums, Herr Oberstabsarzt Professor Dr. Schwiening, in der Sitzung des Reichstagsausschusses für Bevölkerungspolitik (Nr. 21 seiner Druckſachen) am 22. März mitteilte, werden den Landesversicherungsanstalten die geschlechtskrank gewesenen, früher versicherungsberechtigten Heeresangehörigen nur mit deren Einverständnis gemeldet, sofern nicht eine allgemeine Mitteilungspflicht eingeführt wird.

Ist der Herr Reichskanzler bereit, gemäß § 115 RVO. auch auf die Heeres- und Marineverwaltung dahin einzuwirken, daß auf an sie ergehende Ersuchen der Vorstände der Landesversicherungsanstalten, Versicherte, die während ihrer Dienstzeit geschlechtlich erkrankt waren, ohne deren besondere Befragung den bezeichneten Versicherungsträgern zwecks weiterer Fürsorge von ihr namhaft gemacht werden?

Erkennt der Herr Reichskanzler an, daß Mitteilungen über den Gesundheitszustand von Personen durch Behörden und durch Ärzte an die Träger der Sozialversicherung und an die von den Landesversicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen, wenn diese Mitteilungen im Interesse der Gesundung dieser Personen erfolgen, nicht als unbefugt erachtet werden können und daher von der Strafbestimmung des § 300 des Strafgesetzbuchs nicht betroffen werden?"

Für die Stellung der Anfrage waren folgende Gründe maßgebend. Durch die Einziehung so vieler Männer im besten Lebensalter zum Heeresdienst ist naturgemäß die Zahl der im Heere beobachteten Ge-

Digitized by Google

schlechtskrankheiten jedenfalls absolut eine größere geworden. Zwischen der Heeresverwaltung und den Trägern der Invalidenversicherung ist nun eine Verständigung dahin erzielt worden, daß die Erkrankten der zuständigen Invalidenversicherungsanstalt zur etwaigen weiteren Fürsorge gemeldet werden, wenn der Erkrankte die Zustimmung dazu gibt. Die Landesversicherungsanstalten sind zu einer dauernden Überwachung der Erkrankten und zu Fürsorgemaßnahmen für sie bereit. Dem Präsidenten des Reichsversicherungsamts, Dr. Kaufmann, ist es gelungen, eine ganz großzügige Organisation dieser Fürsorgemaßnahmen in die Wege zu leiten. Diese Maßnahmen, die eine derartige Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege darstellen, daß sie nur verglichen werden können mit der Tuberkulosebekämpfung, drohen jedoch im Sande zu verlaufen, weil die Einsicht bei den Erkrankten leider derart gering ist, daß die meisten trotz aller Vorstellungen der Militärärzte sich nicht überwinden können, ihre Zustimmung zur Mitteilung ihrer Namen an die Versicherungsanstalt zu geben, und ohne diese Zustimmung die Heeresverwaltung die Benennung der Erkrankten nicht für angängig erachtet, um ihre Ärzte nicht der Gefahr auszusetzen, nach § 300 des Strafgesetzbuches verfolgt zu werden. Nach dieser gesetzlichen Bestimmung wird ein Arzt mit Strafe bedroht, der unbefugt Privatgeheimnisse offenbart, die ihm kraft seines Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind.

Die Anfrage kam in der Sitzung des Reichstages vom 27. März 1917 zur Erledigung. Ministerialdirektor von Jonquières führte aus, daß die Entscheidung über die erste Frage ausschließlich von der Heeresverwaltung abhängig sei. Hier kämen nicht nur Gesichtspunkte der Hygiene, sondern auch allgemeine militärische Interessen in Betracht. Auch ohne daß es einer besonderen Einwirkung des Reichskanzlers bedürfe, werden die Heeres- und Marineverwaltungen ermessen können, ob im einzelnen Falle eine Meldung angebracht ist. Diese Verwaltungen würden ihre Entscheidungen unter Abwägung der in Betracht kommenden Gesichtspunkte treffen, zumal für sie der § 300 des Strafgesetzbuches nicht gelte. Auch Mitteilungen von Ärzten fielen unter diese Strafvorschrift nur, wenn sie unbefugt seien. Ob höhere sittliche Pflichten die Preisgabe des Berufsgeheimnisses begründen könnten, unterliege letzten Endes der Entscheidung der Gerichte. Mitteilungen, die von Kassenärzten über die Erkrankung von Kassenmitgliedern an die Träger der Sozialversicherung und von diesen an die von den Landesversicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen im Interesse der Gesundheit der Mitglieder gemacht würden, seien nicht als unbefugt anzusehen, vorausgesetzt, daß die Beratungsstellen organisch in die Landesversicherungsanstalten eingegliedert und damit der Schweigepflicht des § 141 RVO. unterworfen seien. Nach dieser Vorschrift wird mit Geldstrafe bis 1500 ℳ oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft, wer „unbefugt" offenbart, was ihm in amtlicher Eigenschaft als Mitglied eines Organs oder Angestellten eines Versicherungsträgers über Krankheiten oder andere Gebrechen Versicherter oder ihre Ursachen bekannt geworden ist.

Durch die Anfrage und ihre Beantwortung ist die Angelegenheit kaum wesentlich geklärt worden. Es muß klar ausgesprochen werden, daß Mitteilungen, die im Interesse der Volksgesundheit liegen, die namenloses Elend zu mindern geeignet sind, nicht unbefugt sein können. Weiter kann man auch in allen jenen Fällen, in denen die Kranken zu Dutzenden gemeinsam behandelt werden, wie es in den Militärlazaretten geschieht, nicht mehr von einem „Privatgeheimnis" sprechen. Um hier alle Bedenken zu zerstreuen, die auch durch die Behandlung der Frage im Reichstag nicht beseitigt wurden, wäre es am besten, daß eine Vorschrift ergeht (durch Bundesratsverordnung oder sonstwie), nach der die Mitteilung der geschehenen Erkrankung an die Landesversicherungsanstalt oder zu ähnlichen Zwecken des Heilverfahrens nicht als unbefugt im Sinne des § 300 des Strafgesetzbuches gilt. Die gerechtfertigten Interessen der Erkrankten sind durch die Vorschrift in § 141 RVO. genügend gewahrt. Das öffentliche Interesse hat übrigens auch höher zu stehen.

Die Versicherungskarte der einberufenen Angestellten.

Nach § 195 des Versicherungsgesetzes für Angestellte muß die Versicherungskarte binnen 5 Jahren nach dem Tage der Ausstellung durch eine neue ersetzt werden. Ist dies versäumt, so kann die Ortspolizeibehörde den Versicherten dazu durch Geldstrafen bis zu 10 ℳ anhalten. Da ein erheblicher Teil der versicherten Angestellten, die am 1. Januar 1913 in die Versicherung eintraten, die Versicherungskarten schon mehrere Monate vor dem Inkrafttreten der Versicherung erhalten hat, so läuft die fünfjährige Frist demnächst ab. Es ist wiederholt die Frage erörtert worden, wie sich die Soldaten gegenüber der Vorschrift des Versicherungsgesetzes verhalten sollen. Vielen wird diese Vorschrift überhaupt nicht bekannt sein und andere werden nicht daran denken, weil ihnen die Anstrengungen des Krieges dazu keine Gelegenheit geben. Der Deutschnationale Handlungsgehilfen-Verband hat das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf diese Möglichkeiten hingewiesen und die Frage gestellt, ob auch die Soldaten ihre Versicherungskarte erneuern müssen. Das Direktorium hat darauf die folgende Antwort erteilt: „Für die Dauer des Krieges wird von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte kein Gewicht darauf gelegt, daß Kriegsteilnehmer die im § 195 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vorgeschriebene Frist von 5 Jahren genau einhalten. Jedenfalls würden ihnen aus der Überschreitung dieser Frist keine Nachteile entstehen."

Die Erhöhung der Unfall- und Invalidenrenten.

Die fortschreitende Entwertung des Geldes hat zu einer vielseitigen Erörterung der Not der Rentenempfänger geführt. Die Generalkommission der Gewerkschaften hatte zunächst eine Eingabe an die gesetzgebenden Stellen des Reiches gerichtet, in der um eine Erhöhung der Renten aus der Reichsversicherung gebeten wurde. Daß die Invalidenrenten — so heißt es in der Eingabe — einen ausreichenden Lebensunterhalt nicht gewährleisten, bedürfte keiner näheren Darlegung. Der durchschnittliche Jahresbetrag beläuft sich jetzt bei den Invalidenrenten auf 196,86 M., den Krankenrenten auf 206,12 M., den Altersrenten auf 167 M., den Witwenrenten auf 78,56 M., die Rente für einen Waisenstamm auf 77,46 M. Ein bei verschiedenen Landesversicherungsanstalten unternommener Versuch, auf Grund des § 1274 RVO. zu einer besonderen Zuwendung an die Invaliden zu gelangen, haben keinen Erfolg gehabt. Es sei also eine Änderung des geltenden Rechts, eine durchgängige Erhöhung der Renten um 50 v. H. nötig. Das lasse sich

Digitized by Google

als Kriegsmaßnahme rechtfertigen. Da sich das Vermögen der Versicherungsanstalten am Schlusse des Jahres 1914 auf 2 256 614 798 M. stellte, würde selbst ein erheblicher Eingriff von nicht allzu großer Bedeutung sein. Bei einer Erhöhung der Rente um 50 v. H. würden nach dem Stande von 1914 99 786 177 M. erforderlich sein, da die Rentenzahlung im Jahre 1914 den Betrag von 199 572 354 M. ergab. Davon würden jedoch nur 69 032 868 M. zu Lasten der Versicherungsträger und 30 753 309 M. zu Lasten der Reichskasse gehen. Bei allgemeiner Erhöhung der Renten um 50 v. H. würde eine besondere Umrechnung durch die Landesversicherungsanstalten und eine neue Bescheiderteilung sich erübrigen. Es würde bei der Auszahlung durch die Post lediglich eine Erhöhung eintreten, deren ziffernmäßiger Betrag jeder Postbeamte sofort feststellen könnte. Bei den Unfallrenten sei die Sachlage ähnlich, wenn schon sie im allgemeinen höher sind. Vielfach seien sie jedoch auch nach einem Jahresarbeitsverdienst berechnet worden, der den heutigen Verhältnissen nicht entspreche. Es rechtfertigt sich deshalb auch diese Renten zu erhöhen, und zwar in zweifacher Hinsicht. Einmal seien der Rentenberechnung mindestens die jetzt geltenden Durchschnittssätze für Seeleute zugrunde zu legen, um eine einwandfreie Unterlage für die Berechnung zu schaffen, wobei nur das Bedenken bleibe, daß diese Durchschnittssätze auch schon vor dem Kriege festgesetzt worden sind. Außerdem aber würde eine Erhöhung der Renten der in erheblicher Weise in der Erwerbsfähigkeit durch Unfallfolgen Beschränkten durch einen prozentualen Zuschlag notwendig und zwar bei den Renten von 50 bis 75 v. H. ein Zuschlag von 20 v. H. und bei den Renten von mehr als 75 v. H. ein Zuschlag von $33^1/_3$ v. H. des gegenwärtigen Betrags. Die Zahl der für diese Erhöhung in Betracht kommenden Renten und der zu ihrer Erhöhung erforderliche Betrag lassen sich im voraus nicht überblicken. Da der Vermögensbestand der Versicherungsträger sich Ende 1914 auf 580 023 898 M. stellte, würden die zur Erhöhung der Renten erforderlichen Beträge auch hier aus diesem Vermögen genommen werden können. Wenigstens zunächst, um an der Deckungsfrage die Erhöhung nicht scheitern zu lassen. Wie die endgültige Kostendeckung zu regeln sei, könne späterer Entschließung vorbehalten bleiben. Da es sich hier gleichfalls um eine vorübergehende, mit der Beendigung des Krieges in Fortfall kommende Notmaßnahme handele, würde es sich rechtfertigen, sie dem Reiche zuzuschieben. Für die Unfallrenten werden sich allerdings eine Umrechnung nicht vermeiden lassen. Die Mehrarbeit werde aber im Zeichen des Hilfsdienstgesetzes bewirkt werden können, zumal es sich nur um Minderzahl von Renten handele. Die Eingabe schließt mit der Bitte, auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) eine Verordnung zu erlassen, wonach mit rückwirkender Kraft vom 1. Januar 1917 ab als Kriegsmaßnahme

a) die auf Grund der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung oder der früheren Gesetze über die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gezahlten Renten um 50 v. H. erhöht werden,

b) 1. die auf Grund der Vorschriften der RVO. oder der früheren Gesetze über die Unfallversicherung gezahlten Renten umzurechnen sind nach einem Jahresarbeitsverdienst, der sich nach den am 31. Dezember 1916 geltenden Ortslohnsätzen (§§ 570, 934, 935, 1077 RVO.), dem Jahresarbeitsverdienst für Land- und Forstarbeiter (§ 936 RVO.) oder dem Durchschnittssatze für Seeleute (§ 1067 RVO.) ergibt, falls ihrer Berechnung ein geringerer Jahresarbeitsverdienst zu Grunde liegt;

2. zu den Unfallrenten von 50 bis 75 v. H., einschließlich ein Zuschlag von 20 v. H. und zu den höheren Unfallrenten, sowie den Hinterbliebenen- und Aszendentenrenten ein Zuschlag von $33^1/_3$ v. H. zu zahlen ist.

Die Angelegenheit kam zunächst im „Hauptausschuß" des Reichstages zur Erörterung. Abg. Schmidt-Berlin (Soz.) begründete einen entsprechenden Antrag. Ministerialdirektor Dr. Caspar trat dem Verlangen im Hinblick auf die erheblichen Mehrausgaben entgegen. Wo Härten vorlägen, müsse die Kriegswohlfahrtspflege der Gemeinden eingreifen, zu der bekanntlich das Reich Zuschüsse leiste. Nach längerer Aussprache sagten die Regierungsvertreter zu, es solle angeregt werden, daß der Bundesrat seine Anweisung über die Verwendung des 200 Millionen-Fonds ändere, um die Erhöhung der Rente in allen den Fällen zu ermöglichen, in denen es nötig erscheint. Dagegen wurde der sozialdemokratische Antrag abgelehnt.

Im Plenum des Reichstages wiederholte bei der Beratung des Reichshaushaltetats die (alte) sozialdemokratische Fraktion den erwähnten Antrag. Der Abg. Giesberts (Zentr.) kam in seiner Rede zum Etat auf die Frage zu sprechen und bat, in Erwägung darüber einzutreten, ob es nicht möglich ist, auch den Invaliden- und Unfallrentnern in irgend einer Weise unter die Arme zu greifen, wie man auch den Altpensionären und den Beamten eine Kriegshilfe gegeben hat. Die Renten seien ja schon in der Friedenszeit so gering, daß sie nur die allerunterste Stufe der Existenzmöglichkeit darbieten. Daß diese Leute jetzt während des Krieges in schweren Druck kommen, soweit sie nicht mehr selbst arbeiten können, sei klar. Wie wenig die Renten hinreichen, um die Lebensbedürfnisse zu decken, zeige die Tatsache, daß viele Rentner die Arbeit wieder aufnehmen. Heute werde auch die verbrauchte und schwer geschädigte Arbeitskraft noch benötigt. Infolgedessen fänden die Rentner eine viel günstigere Möglichkeit, sich mit dem Rest ihrer Arbeitskraft zu betätigen, als in Friedenszeiten. Für die völlig Arbeitsunfähigen aber sei Hilfe dringend nötig. Es könne nicht darauf ankommen, nachdem schon so manche Million für Unterstützungen ausgegeben sei, auch diesen armen Leuten zu helfen, damit sie nicht ausschließlich auf Armenfürsorge angewiesen seien. Der Abg. von Brockhausen (kons.) hielt die Erhöhung der Invaliden- und Unfallrenten ebenfalls für sehr erwünscht, aber zur Zeit für unmöglich. Die Lage der Alters- und Unfallrentner, die nicht mehr arbeiten können, sei heute eine der schwierigsten und trostlosesten. Es sei aber unmöglich, jetzt die Grundlagen der Invaliditäts- und Altersversicherung umzustoßen, wie es hier verlangt werde. Mit Recht sei schon gesagt worden, daß die schwierige Lage der Rentenempfänger und anderer erwerbsunfähiger Personen durch die bewilligten Mittel zur Kriegswohlfahrtspflege einigermaßen gemildert werden könne. Der Abg. Liesching (Fr. Volksp.) hielt gleichfalls die Rentenerhöhung für untunlich. Sie würde dazu führen, unsere Versicherungsanstalten bankerott zu machen. Ihre Leistungen auf dem Gebiete der Kriegswohlfahrtspflege wären schon ganz außerordentliche. Wenn ihnen jetzt noch zugemutet werden solle, die Renten wesentlich hinaufzusetzen, ohne die Beiträge zu erhöhen, so wäre das eine unmögliche Leistung. Abg. Mumm gab zu, daß es die arbeitsunfähigen Rentner der Arbeiterversicherung jetzt sehr schwer haben. Die Hinaufsetzung der Renten ohne entsprechende Beitragsmehreinnahme würde aber bedeuten, daß viel Wert

Digitized by Google

volles, das gegenwärtig die Invalidenversicherungsanstalten über ihre gesetzliche Pflicht hinaus tun, geschädigt würde. Es käme nur eine Mehrung des Reichszuschusses in Frage, um einen Ausgleich zu schaffen. Freilich habe schon gegenwärtig der Reichszuschuß eine Steigerung um 17 Millionen Mark erfahren.

Staatssekretär Dr. Helfferich führte aus, daß der Antrag in der vorliegenden Form nicht erfüllt werden könne. Er habe aber im Ausschuß darauf hingewiesen, daß die zweimal bewilligten 200 Millionen für Wohlfahrtszwecke die Möglichkeit geben, einzugreifen, wo wirkliche Not besteht. Zwar sprächen die Bestimmungen, die der Bundesrat getroffen hat, in erster Linie von Beihilfen an Erwerbslose, die an sich arbeitsfähig sind. Es werde aber geprüft, in welcher Form die Bestimmungen erweitert werden können, um die Wohlfahrtspflege auch den an sich Arbeitsunfähigen zugute kommen zu lassen. Der Abg. Molkenbuhr (Soz.) legte nochmals allgemein dar, wie die Kaufkraft des Geldes verloren hat. Die Renten der Invaliden müssen den gestiegenen Preisen angepaßt werden. — Die hierauf vorgenommene Abstimmung ergibt, daß der Antrag abgelehnt wird.

Beim Titel „Reichsversicherungsamt" kam man auf die Frage zurück. Es lag eine „Resolution Nr. 686", unterzeichnet Bassermann usw, vor, die sich dem Sinne nach mit den Ausführungen des Staatssekretärs Dr. Helfferich deckte. Ein Zusatzantrag ging dahin, daß die Zuschüsse nicht nur jene Rentner erhalten, die Renten aus der Reichsversicherung, sondern auch „auf Grund von bundesstaatlichen Gesetzen aus Knappschaftskassen" beziehen. Der Abg. Heckmann (natl.) begründet besonders diesen Zusatz. Mit dem Antrag würde den Leuten entgegengekommen, ohne an den Grundlagen unserer sozialen Gesetzgebung zu rütteln. Der Abg. Behrens trat ebenfalls für diese Resolution ein. An die Versicherungsträger würden nach dem Kriege außerordentlich große Aufgaben herantreten, um den Gesundheitszustand des Volkes wieder herzustellen. Soweit es sich um die Rentenempfänger der Landesversicherungsanstalten handele, kämen durchschnittlich nur solche Leute in Frage, deren Bedürftigkeit man ohne weiteres als gegeben annehmen müsse. Die Zahl derjenigen Personen, bei denen eine Bedürftigkeit nicht vorliegen mag, sei zweifellos so gering, daß es sich nicht lohnen werde, den ganzen Apparat zur Nachprüfung in Bewegung zu setzen. Es empfehle sich also, von dieser Prüfung abzusehen. Dadurch werde viel Arbeit und Ärger gespart. Für die Zulagen an die Knappschaftsrentner und andere auf landesgesetzlicher Grundlage Versicherte müßten die Bundesstaaten aus eigenen Mitteln aufkommen. Man sollte daher bei Durchführung der in der Resolution liegenden Anregungen mit den Bundesstaaten in Verbindung treten, damit diese die Zulagen auf eigene Kosten übernehmen. Die Bezüge der Knappschaftsrentner seien schon in Friedenszeiten nicht annähernd genügend, den Lebensbedarf zu decken. Darum wäre schnelle Hilfe sehr zu wünschen. Der Abg. Koßmann (Zentr.) widersprach dem Gedanken, die Zuschüsse zu den Knappschaftsrenten den Bundesstaaten zu überlassen. Da das Reich die Aufgaben der Kriegswohlfahrtspflege in der Hauptsache übernommen habe, müsse es auch hier in erster Linie eintreten. Bei Abwälzung der Sache auf die Bundesstaaten werde die Sache auch auf die lange Bank geschoben. Die Not der Invaliden, Witwen und Waisen sei sehr groß. Die Hilfe kann am besten erreicht werden, wenn das Reich bestimme, daß aus Mitteln der Kriegswohlfahrtspflege, die den Kommunen ausreichend zur Verfügung zu stellen seien, fortlaufende Unterstützungen an alle bedürftigen Rentenempfänger gezahlt werden müssen. Für die Feststellung der Bedürftigkeit müsse das größte Wohlwollen unter Ausschaltung jeder Engherzigkeit zur strengsten Pflicht gemacht werden.

Hierauf wurde die Entschließung mit der Ergänzung hinsichtlich der Knappschaftsrentner mit großer Mehrheit angenommen. Das weitere wird, da der Bundesrat offenbar dem Antrage zustimmt, voraussichtlich durch eine Bekanntmachung des Reichskanzlers geregelt werden.

Die Leistungen der Reichsversicherung während des Krieges.

Bei Ausbruch des Krieges konnten Zweifel darüber entstehen, ob die deutsche Reichsversicherung auch während des Krieges leistungsfähig bleiben würde. Alle Befürchtungen haben sich aber als unbegründet erwiesen. Es kann jetzt als sicher gelten, daß die Reichsversicherung auch bei noch so langer Dauer des Krieges die schwerste Belastungsprobe erfolgreich bestehen wird.

Die Unfallversicherung wird durch den Krieg unmittelbar nicht berührt, denn die Leistungen werden nur bei Betriebsunfällen gewährt, können also durch den Krieg selbst nicht vermehrt werden. Ein ungünstiger Einfluß ergibt sich nur insofern, als den unfallversicherungspflichtigen Betrieben viele ungeschulte und minder leistungsfähige Arbeitskräfte zugeströmt sind, die Unfällen vielleicht weniger leicht entgehen als eingearbeitete Arbeiter. Dem steht aber andererseits ausgleichend der Umstand entgegen, daß an die Stelle der zur Fahne einberufenen Versicherten viele Kriegs- und Zivilgefangene getreten sind, die als Unfreie der Unfallversicherung nicht unterliegen. Tatsächlich betrug denn auch die Zahl der erstmalig entschädigten Unfälle im Jahre 1915 nur 106 527 gegen 124 225 im Jahre 1914, und insgesamt wurden im Jahre 1915 an Entschädigungen nur 173 318 705 M. verausgabt gegen 177 788 764 M. im Vorjahre. Die Lasten haben sich also vermindert. Die gesetzlichen Leistungen sind selbstverständlich nicht herabgesetzt.

Für die Angestelltenversicherung liegt die Sache insofern günstig, als die Reichsversicherungsanstalt bisher, abgesehen von den verhältnismäßig wenigen Fällen, in denen die Wartezeit durch Nachzahlung von Beiträgen abgekürzt ist, zu Rentenleistungen überhaupt noch nicht verpflichtet ist. Die Wartezeit beträgt für Renten 5 oder 10 Jahre; sie ist noch nicht abgelaufen, da dieser Versicherungszweig erst am 1. Januar 1913 in Kraft trat. Hiernach kommt als Leistung der Angestelltenversicherung bisher nur das Heilverfahren in Betracht, das zur Zeit jedenfalls nicht größere Bedeutung hat als vor dem Kriege, und ferner die Beitragserstattung an berufsunfähige Kriegsteilnehmer und die Hinterbliebenen gefallener Krieger.

Ganz anders auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Hier wurden den Krankenkassen durch die Einberufungen zur Fahne die besten Risiken entzogen. Diejenigen, die an die Stelle der Eingezogenen traten, waren vielfach gesundheitlich weniger widerstandsfähig, außerdem drohte erhebliche Arbeitslosigkeit, die anfangs in gewissem Umfange auch eintrat. Durch das Zusammenwirken dieser Umstände konnte die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen gefährdet werden. Deshalb wurden durch Reichsgesetz die Leistungen der Krankenkassen allgemein auf die Regelleistungen herabgesetzt, d. h. auf freie ärztliche Behandlung, freie Arzenei und Heilmittel sowie auf Krankengeld für 26 Wochen, auf Wochengeld für 8 Wochen und auf Sterbegeld. Alle Befürchtungen haben sich indessen als unbegründet erwiesen. Die Zahl der Krankheitsfälle ging bei den Krankenkassen stark zurück, die Arbeitslosigkeit hat sich bald in ihr Gegenteil, den Mangel an Arbeitskräften, verwandelt, so daß die Finanzen der Krankenkassen, im ganzen genommen, nie so gut gewesen sind wie jetzt. Das ist um so be-

Digitized by Google

merkenswerter, als die Krankenkassen nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auch den verwundeten Soldaten Krankengeld für 26 Wochen gewähren und den Hinterbliebenen der gefallenen Krieger Sterbegeld zahlen müssen, sofern nur die Kriegsteilnehmer ihre Mitgliedschaft bei der Krankenkasse freiwillig fortgesetzt haben, was freilich nur zum Teil geschehen ist. Trotz dieser Mehrbelastung durch den Krieg hat aber eine große Zahl von Krankenkassen es möglich machen können, mit Genehmigung der Aufsichtsbehörden ihre Mehrleistungen wieder einzuführen oder sogar neue hinzuzufügen, wie z. B. Krankenkost oder Kriegszuschläge zum Krankengeld. Und die Zahl der Krankenkassen, bei denen dies der Fall ist, mehrt sich ständig.

Weit größer ist die Belastung der Invalidenversicherung durch den Krieg. Wie die Krankenkassen, so müssen auch die Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für Kriegsfälle eintreten, d. h. sie müssen den Kriegsteilnehmern, die im Kriege durch Krankheit oder Verwundung invalide geworden sind, Kranken- und Invalidenrente gewähren, und den Hinterbliebenen der gefallenen Krieger Hinterbliebenenrenten nebst Witwengeld und Waisenausteuer, so daß also die gegen Invalidität versicherten Soldaten doppelte Ansprüche haben, gegen das Reich und gegen die Träger der Invalidenversicherung. Die Landesversicherungsanstalten müssen für alle Versicherten eintreten; denn bei der Invalidenversicherung tritt während der Kriegsdienste ein Erlöschen der Anwartschaften nicht ein, die Zeiten der militärischen Dienstleistungen gelten vielmehr der Beitragsleistung gleich. Dadurch wird es auch bewirkt, daß viele Soldaten, die zu Beginn des Kriegsdienstes die Wartezeit für die Renten noch nicht zurückgelegt hatten, die Anwartschaft auf die Rentenansprüche erst während des Krieges durch die Hinzurechnung der militärischen Dienstzeit erwerben. In allen Fällen aber wirkt die militärische Dienstleistung rentensteigernd. Wie groß die Zunahme der Rentenzahl durch den Krieg ist, läßt sich zur Zeit nicht genauer darstellen, da die Zahlen für das Jahr 1916 noch nicht vorliegen. Einen Ueberblick bieten aber auch die Zahlen bis Ende 1915. Es liefen nämlich Ende des Jahres:

	1913	1915
Invalidenrenten	998 339	1 029 049
Krankenrenten	16 555	27 706
Witwen- (Witwer-) Renten . .	11 743	30 615
Witwenkrankenrenten	323	994
Waisenrenten (nach Waisenstämmen)	37 774	167 752

Bei der Landesversicherungsanstalt Oldenburg waren im Jahre 1916 von den in diesem Jahre neu festgesetzten 455 Krankenrenten 400 Kriegsfälle und von 544 Waisenrenten 431 Kriegsfälle.

Trotz dieser außerordentlichen Mehrbelastung durch den Krieg ist selbstverständlich zu keiner Zeit eine Minderung der Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in Frage gekommen. Alle Leistungen, die das Gesetz nennt, werden unverändert weiter gewährt, auch die freiwilligen Leistungen, wie das Heilverfahren, die Invalidenhauspflege. Durch Gesetz vom 12. Juni 1916 sind die Leistungen sogar insofern erweitert, als die Altersgrenze für die Altersrente von 70 auf 65 Jahre herabgesetzt ist, die Waisenrenten erhöht und die Kinderzuschläge zu den Invalidenrenten vermehrt sind. Allein die Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente hatte zur Folge, daß die Zahlungen aus Altersrenten, die im September 1915 1 069 846 M. monatlich betrugen, im September 1916, also drei Monate nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes, auf 3 766 263 M. gestiegen waren. Bei der Landesversicherungsanstalt Oldenburg wurden im Jahre 1915 51 Altersrenten neu bewilligt, im Jahre 1916 dagegen 549, also mehr als zehnmal so viel. Das gleiche Verhältnis wird wohl im Reichsdurchschnitt bestehen.

Die erheblichen Mehrausgaben haben die Landesversicherungsanstalten nicht gehindert, sich auch während des Krieges wie schon vorher auf dem Gebiete der Volkswohlfahrtspflege zu beteiligen. Sie haben sogar 5 v. H. ihres Vermögens für besondere Kriegswohlfahrtszwecke bereitgestellt. Dabei haben sie Mittel genug behalten, um noch auf die 5. Kriegsanleihe 147 Millionen Mark zu zeichnen, nachdem sie sich schon an den früheren Kriegsanleihen mit 596 Millionen Mark beteiligt hatten.

So hat sich die deutsche Reichsversicherung auch während des Krieges bewährt, und wie sie durch ihre Fürsorgetätigkeit dazu beigetragen hat, die Bevölkerung zu ertüchtigen und sie zu befähigen, die ungeheuren Anstrengungen des Krieges zu ertragen, so erweist sie sich jetzt als ein Mittel, die Folgen des Krieges wirtschaftlich zu mildern.

Kriegswohlfahrtspflege usw.

In der kürzlich dem Reichstage zugegangenen Denkschrift über wirtschaftliche Maßnahmen aus Anlaß des Krieges wird auch auf die Kriegswohlfahrtspflege mit eingegangen. Hiernach haben die auf Grund des Gesetzes vom 28. Februar 1888/4. August 1914, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften gezahlten Mindestsätze an Familienunterstützungen seit Dezember 1915 bis zum Dezember 1916 keine wesentliche Erhöhung erfahren. Während sie sich im Dezember 1915 auf 129 006 548 23 *M* stellten, betrugen sie im November 1916 133 388 522 21 *M*. Mittels Bekanntmachung vom 3. Dezember 1916 sind die bisher gewährten Mindestsätze von 15 *M* für Ehefrauen und 7 50 *M* für sonstige Berechtigte auf monatlich 20 bzw. 10 *M* für die Monate November 1916 bis einschließlich April 1917 festgesetzt worden. Die für November und Dezember 1916 fälligen Mehrbeträge von zusammen 10 *M* für die Ehefrauen und 5 *M* für die sonstigen Berechtigten sind mit der zweiten Halbmonatsrate im Dezember 1916 ausgezahlt worden. Infolgedessen stieg in diesem Monat die Ausgabe an Familienunterstützung auf 213 663 076 *M*. Neben der Erhöhung der Mindestsätze ist noch die Bestimmung getroffen, daß den Familien der aus dem Heeresdienste entlassenen Mannschaften vom 1. Dezember 1916 ab eine Halbmonatsrate der Familienunterstützung nach dem Tage der Entlassung als außerordentliche Unterstützung zu gewähren ist.

Für Wochenhilfe sind bis 1. Februar 1917 insgesamt 67¾ Millionen Mark dem Reichsamt des Innern zur Erstattung angemeldet worden.

Nach einer vorläufigen Zusammenstellung haben die Landesversicherungsanstalten im Jahre 1916 auf Grund des § 1274 RVO. insgesamt 17 Millionen Mark für Kriegswohlfahrtszwecke aufgewendet. Die an Gemeinden, Kreise usw. gewährten Darlehen zur Linderung der Kriegsnot beliefen sich im Jahre 1916 auf 4 4 Millionen Mark.

An der 5 Kriegsanleihe haben sich die Berufsgenossenschaften mit rund 51 Millionen, die Landesversicherungs- und Sonderanstalten mit rund 190 Millionen Mark beteiligt. Die unter Reichsaufsicht stehenden deutschen privaten Versicherungsunternehmungen haben für die 5. Kriegsanleihe rund 390 Millionen gezeichnet, nämlich 215 für eigene und 175 für fremde Rechnung. Die Gesamtziffer ihrer Zeichnungen steigt damit auf rund 1870 Millionen Mark. Hierin erblickt die Denk-

Digitized by Google

schrift einen erneuten Beweis für die fortdauernd gefestigte Lage der deutschen privaten Versicherungsunternehmungen. Das deutsche Versicherungsgeschäft der englischen und französischen Sachversicherungsgesellschaften ist dagegen weiter zurückgegangen. Am 1. Januar 1917 liefen nur noch 3,31 v. H. des Bestandes vom 31. Dezember 1913.

Die Versicherung für Kriegsteilnehmer bezweckt die Errichtung einer Aktiengesellschaft, die sich ausschließlich mit der Versicherung der für die normale Todesfallversicherung nicht geeigneten Risiken befassen will. Die „Hilfe", Vertragsgesellschaft deutscher Lebensversicherungsunternehmungen, Aktiengesellschaft in Stuttgart, sowie besondere Einrichtungen anderer, an dem vorgenannten Unternehmen nicht beteiligter Gesellschaften, werden es den mit geschwächter Gesundheit aus dem Felde heimkehrenden Kriegsteilnehmern voraussichtlich in weitem Umfange ermöglichen, eine Versicherung auf ihr Leben unter günstigen Bedingungen einzugehen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Zur Abnahme der Jahresrechnung durch den Ausschuß (§ 345 Abs. 2 Ziff. 2 RVO.) gehört nicht auch die Revision der Bestände.

1. Nach Spandau. Antwort: Die nach § 345 Abs. 2 Ziff. 2 RVO. dem Ausschuß der Krankenkasse vorbehaltene Abnahme der Jahresrechnung besteht begrifflich in der Prüfung der Richtigkeit der Rechnung an der Hand der Bücher, Akten, Belege oder sonstigen Schriften der Kasse. Die Prüfung, ob die Bestände, welche nach dem Rechnungsabschluß vorhanden sein müssen, tatsächlich vorhanden sind, liegt außerhalb der Aufgaben und Befugnisse des Ausschusses oder eines von ihm bestellten Rechnungsausschusses. Eine solche Bestandsrevision ist ausschließlich Sache des Kassenvorstandes, dem die laufende Verwaltung obliegt (§ 342) und der daher auch die Verantwortung für die ordnungsmäßige Verwahrung und Verwaltung der Bestände trägt (§ 23; vgl. ArbVers. 1916 S. 771 ff.).

Bewilligung von Teuerungszulagen für Kassenangestellte, wenn eine Dienstordnung noch nicht zustande gekommen ist.

2. Nach B. Antwort: Die Verordnung des Bundesrats v. 1. 3. 17 unter I (ArbVers. Heft 8 S. 180) setzt allerdings nach ihrer klaren Fassung das Bestehen einer Dienstordnung voraus und ist daher nicht anwendbar bei einer Kasse, für die eine Dienstordnung überhaupt noch nicht zustande gekommen ist. Insoweit ist dem Oberversicherungsamt zuzustimmen. Daraus folgt aber nur, daß der Vorstand nicht ohne Genehmigung des Ausschusses Teuerungszulagen für die Angestellten bewilligen kann. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts, wonach seit dem Inkrafttreten der RVO. irgendwelche Bezüge der Angestellten schlechthin nicht mehr durch besondere Beschlüsse der Kassenorgane sondern nur noch durch den Besoldungsplan der Dienstordnung festgesetzt werden können (ArbVers. 1916 S. 704), halten wir in dieser Allgemeinheit nicht für richtig, vielmehr nehmen wir mit Krause, Monatsschr. f. Arb. u. AngestVers. 1917 Sp. 246 an, daß bis zum erstmaligen Zustandekommen einer Dienstordnung die Kassenorgane kraft ihres Verwaltungsrechts befugt sein müssen, ohne Mitwirkung des Oberversicherungsamts die Besoldungsverhältnisse zu regeln, also auch Teuerungszulagen zu bewilligen. Zur ordnungsmäßigen Führung der Geschäfte bedarf die Kasse geeigneter Hilfskräfte und die Kassenverwaltung kann doch nicht stillstehen, weil aus irgendwelchen Gründen eine Dienstordnung noch nicht zustande gekommen ist. Der Vorstand hat also über die Besoldung überhaupt und über die Teuerungszulagen zu beschließen, und der Beschluß bedarf nur der Zustimmung des Ausschusses im Hinblick auf § 345 Abs. 2 Ziff. 1 RVO, § 95 der Mustersatzung für allgem. Ortskrankenkassen. Wie zu verfahren ist wenn beschlußfähige Kassenorgane nicht vorhanden sind, darüber verweisen wir auf ArbVers. 1916 S. 289 Ziff. 9.

Vertrag der Kasse mit Ärzten im Widerspruch mit § 184 Abs. 5 RVO.

3. Nach A. Antwort: Im § 7 des Vertrages hat sich die Kasse den Ärzten gegenüber verpflichtet, ihren Mitgliedern im Falle der Einweisung in ein Krankenhaus die Wahl zwischen den Privatkliniken der an der Kasse beteiligten Ärzte und zwei anderen Krankenhäusern freizustellen, wenn der Verpflegungssatz 3 M. nicht übersteigt. Danach müßte die Kasse den Mitgliedern unter den bezeichneten Krankenanstalten auch dann die Wahl lassen, wenn einzelne von ihnen 3 M. für den Tag forderten, während andere die Pflege unter ungleich billigeren Bedingungen gewähren. Das steht im Widerspruch mit § 184 Abs. 5 RVO., wonach die Kasse dem Berechtigten die Auswahl unter mehreren Krankenhäusern lassen soll, welche die Krankenhauspflege zu gleichen Bedingungen zu übernehmen bereit sind. Aus dieser Vorschrift ergibt sich, daß grundsätzlich die Bestimmung des Krankenhauses Sache freien Ermessens der Kasse ist, die dabei ihre eigene Vermögenslage, die besonderen Umstände des einzelnen Falles, die Eignung der einzelnen Krankenanstalt für diesen Fall usw., aber auch die besonderen Bedingungen der verschiedenen Anstalten zu berücksichtigen haben wird; und selbst wo die Bedingungen gleich sind, schreibt das Gesetz zugunsten der Versicherten nicht zwingend, sondern nur empfehlend vor, daß die Kasse ihnen die Wahl lassen „soll", nicht muß. Dem entgegen soll die Kasse nach § 7 des Vertrages sogar bei ungleichen Bedingungen

Digitized by Google

zwingend verpflichtet sein, den Versicherten die Wahl zu lassen. Danach hätte sie sich zugunsten der Ärzte in weitgehender Weise des freien pflichtmäßigen Ermessens in der Bestimmung des Krankenhauses begeben. Das ist mit dem Grundgedanken des § 184 Abs. 5 und mit der dem Kassenvorstande zur Pflicht gemachten getreuen Geschäftsverwaltung (§ 23) unvereinbar. Eine Abänderung des gesetzlichen Bestimmungsrechts der Kasse kann überhaupt nicht Gegenstand eines Vertrages mit den Ärzten sein. Es ist zu beachten, daß die Kasse eine rechtlich erzwingbare Pflicht, Krankenhauspflege zu gewähren, überhaupt nicht hat (Entsch. der RVO. in ArbVers. 1915 S. 179, 1916 S. 564); sie hat auch insoweit nur freies pflichtmäßiges Ermessen zu betätigen. Bei Geltung des § 7 des Vertrages könnte sie in die Lage kommen, zuungunsten der Versicherten Krankenhauspflege überhaupt zu versagen, nur weil sie zu gewärtigen hat, daß der Versicherte ein Krankenhaus mit höherem Verpflegungssatze wählt, während ein Haus mit billigerem Satze bereit steht. Eine solche Einengung des pflichtmäßigen Ermessens der Kasse ist mit getreuer Geschäftsverwaltung und mit den guten Sitten unverträglich und deshalb ungültig.

Verzinsung eines Vorschusses der Gemeinde nach Art. 16 Einf. Ges. zur RVO.?

4. Nach Königsberg Nm. Antwort: Die Hergabe des Vorschusses durch den Gemeindeverband an die Krankenkasse beruht auf Art. 16 des Einf. Ges. zur RVO. Dieser schreibt nicht vor, daß der Vorschuß zu verzinsen sei, und auch aus anderen Vorschriften läßt sich eine gesetzliche Pflicht zur Verzinsung nicht herleiten, solange die Kasse nicht etwa mit der Rückzahlung im Verzuge ist. Das Oberversicherungsamt wäre wohl auf Grund des zweiten Satzes des Art. 16 (vgl. den Erl. in ArbVers. 1914 S. 283) befugt, näheres auch über die Verzinsung des Vorschusses (für die Zukunft) zu bestimmen; solange dies aber nicht geschehen ist, kann der Gemeindeverband Zinsen nicht beanspruchen. In diesem Sine haben wir uns schon im Jahrg. 1914 S. 724 Ziff. 3 und 1915 S. 287 Ziff. 3 ausgesprochen. Hätte das Gesetz den Vorschuß als ein verzinsliches Darlehn gedacht, so hätte es die Vorschrift entsprechend gefaßt, wie dies z. B. im § 9 der Bek. des Reichskanzlers v. 3. 12. 14 über die Kriegswochenhilfe (ArbVers. 1914 S. 833) geschehen ist.

Befreiung aus § 418 RVO.; Wirkung gegenüber einer anderen Kasse; Weiterversicherung.

5. Nach Berlin. Frage: Ein Dienstmädchen ist durch die Ortskrankenkasse ihres früheren Wohnorts gemäß § 418 RVO. von der Krankenversicherungspflicht befreit und mit ihrer Herrschaft in unseren Kassenbereich verzogen. Das Dienstverhältnis geht mit dem Schlusse des Monats März zu Ende, da die Befreite in Kürze vor ihrer Niederkunft steht. Auf Veranlassung des Rückversicherungsvereins, dem die Herrschaft angehört, beantragt sie schon vor Ablauf des Dienstverhältnisses, am 28. März, ihre Aufnahme als freiwilliges Mitglied bei unserer Kasse. Nach ihren eigenen und den Angaben ihrer Herrschaft ist sie bereits jetzt infolge Schwangerschaftsbeschwerden arbeitsunfähig. Wir haben die Aufnahme als freiwilliges Mitglied abgelehnt aus folgenden Gründen: 1 Das Arbeitsverhältnis endigte erst mit dem 31. März und vor diesem Zeitpunkte war eine freiwillige Versicherung überhaupt nicht zulässig; 2. der Dienstbote ist arbeitsunfähig und hat gegen den Arbeitgeber bezw. den Rückversicherungsverein Anspruch auf Schwangerengeld, da wir ein solches als Mehrleistung satzungsgemäß eingeführt haben; 3. die freiwillige Versicherung kann nur bei der Kasse fortgesetzt werden, welche die Befreiung ausgesprochen und welcher die Befreite bis zu diesem Zeitpunkte angehört hat. Ist unsere Auffassung richtig?

Antwort: Nein! Die Befreiung von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO. wirkt auch gegenüber der anderen Krankenkasse, der das Dienstmädchen infolge Wechsels des Dienstorts als versicherungspflichtiges Mitglied anzugehören hätte, wenn es nicht befreit wäre (Entsch des RVA. 2238, ArbVers. 1916 S. 733). Infolgedessen gilt auch dieser anderen Kasse gegenüber der § 313 sinngemäß so, als ob das Dienstmädchen bis zum Ablauf der Befreiung Mitglied dieser Kasse gewesen wäre (§ 419 Abs. 2), das heißt: Das Mädchen konnte sich, da die Befreiung mit Ablauf des Dienstverhältnisses am 31. März endete, von da ab bei der anderen Kasse freiwillig weiterversichern, falls im übrigen die Voraussetzungen des § 313 gegeben sind. Die Frist zur Anzeige der Weiterversicherung beträgt allerdings drei Wochen vom Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, aber es ist kein vernünftiger Grund zu erkennen, weshalb nicht eine Anzeige, die nahe vor diesem sicher bevorstehenden Ausscheiden erfolgt, als zulässig und wirksam angesehen werden sollte (zu vgl. Hahn, Anm. 5b zu § 418 und die zustimmende Entsch. des bayer. VGH. in ArbVers. 1915 S. 421). Selbstverständlich bleibt in solchem Falle die Befreiung noch bis zum Ablauf des Dienstvertrages bestehen, dann aber tritt die im voraus erklärte freiwillige Weiterversicherung in Kraft.

Zweimalige Beitragszahlung bei Kassenwechsel im Laufe der Woche.

6. Nach W. Antwort: Enthalten die Satzungen beider Kassen die Vorschrift, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben werden (§ 397 Abs. 4 RVO.), so müssen die Versicherten für diejenige Woche, in der sie von der einen Kasse zur anderen übertreten, zweimal die vollen Beiträge zahlen. (Vgl. Hahn, Handbuch der KrVers., Anm. 4a zu § 397 S. 667.) Diese Härte würde nur vermieden werden, wenn die Satzung derjenigen Kasse, zu der der Versicherte im Laufe der Woche übertritt, also die der Kasse in T., vorschriebe, daß diese den Beitrag nicht erhebe, falls ein solcher nachweislich für dieselbe Woche bereits bei einer anderen Kasse gezahlt worden sei.

Kriegswochenhilfe für das nach dem Tode eines Kriegsbeschädigten geborene Kind.

7. Nach Tübingen. Frage: F. S. ist am 26. Januar 1916 vom Heeresdienst entlassen und an den Folgen einer Kriegsdienstbeschädigung am 11. April 1916 verstorben. Vom 7. Februar bis 13. März 1916 war F. S. erwerbsfähig und Mitglied der Allg. Ortskrankenkasse, sein Austritt erfolgte wegen Krankheit. Hat die minderbemittelte Wöchnerin, die am 9. Sept. 1916 ein Kind geboren hat, Anspruch auf Wochenhilfe?

Antwort: Die Frage ist zu bejahen. Das Kind gilt nach §§ 1591 ff. BGB. als eheliches Kind des Verstorbenen. Dieser war zur Zeit der Gebnrt an der Weiterleistung der Kriegsdienste oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod verhindert, wie es § 1 Ziff. 1 der Bek. v. 23. April 1915 (Arb.-Vers. 1915 S. 300) voraussetzt. Denn dadurch, daß er an den Folgen einer Kriegsdienstbeschädigung gestorben ist, ist der vorausgesetzte ursächliche Zusammenhang zwischen seiner Kriegsteilnehmerschaft und der durch seinen Tod eingetretenen

Digitized by Google

Behinderung an der Weiterleistung des Kriegsdienstes oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit gegeben. Dieser Zusammenhang wird nicht dadurch aufgehoben, daß der Verstorbene bereits aus dem Heeresdienst entlassen war; denn auch diese Tatsache ist ursächlich auf die im Kriegsdienst erlittene Beschädigung zurückzuführen. Ebenso ist es ohne Belang, daß der Verstorbene inzwischen 5 Wochen hindurch erwerbstätig sein konnte. Denn bei seinem Tode war diese vorübergehende Fähigkeit wieder weggefallen und zur Zeit der Geburt des Kindes war er durch seinen Tod sowohl an der Leistung vom Kriegsdienst wie an der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert.

Zahlung der Krankenkasse an den Armenverband; Zustimmung oder Abtretung des Versicherten. — Ersatzanspruch des Arbeitgebers für Krankenhauspflege; insbesondere im Falle des § 437 RVO. — Beschwerde über Verzögerungen des Versicherungsamts.

8. **Nach G. 183.** Antwort: a) Es ist richtig, daß die Kasse dem Armenverbande die eine Hälfte des Krankengeldes auf Grund der §§ 1531 ff. RVO. nur mit der vom Armenverbande nachweisenden Zustimmung der Versicherten (RVA. in ArbVers. 1916 S. 830), die andere Hälfte aber nur auf Grund einer nach § 119 Abs. 2 vom Versicherungsamt genehmigten Abtretungserklärung des Versicherten zahlen kann.

b) Der Arbeitgeber, der für seinen an Typhus erkrankten Dienstboten die Krankenhauskosten bezahlt hat, wird der Regel nach auf Grund einer Geschäftsführung ohne Auftrag Ersatz von der Krankenkasse beanspruchen können (§§ 677, 679, 683, 670 BGB.). Die §§ 1531 ff. RVO. sind in solchem Falle nicht anwendbar. Der Ersatzanspruch kann nicht über das hinausgehen, was die Kasse selbst dem Versicherten zu leisten verpflichtet gewesen wäre, und da die Kasse grundsätzlich Krankenhauspflege unter den Voraussetzungen des § 184 RVO. zwar gewähren kann, aber nicht muß, so braucht sie dem Arbeitgeber keinesfalls mehr zu erstatten als sie an Kosten für ärztliche Behandlung und Heilmittel aufzuwenden und an Krankengeld zu zahlen gehabt hätte (§ 182).

c) Die Entscheidungen des RVA., wonach ein erzwingbarer Anspruch auf Krankenhauspflege nicht besteht, beziehen sich nur auf Fälle, in denen die Kasse die Wahl zwischen den regelmäßigen Leistungen (§ 182) und der Krankenhauspflege hat (§ 184), also nicht auf die im § 437 bezeichneten Fälle, in denen der Kasse die Gewährung der „erweiterten Krankenpflege", also der Heilanstaltspflege (§ 429) zur Pflicht gemacht ist.

d) Diese Pflicht der Kasse tritt unter den Voraussetzungen des § 437 nur auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten ein. Hat der Arbeitgeber ohne solchen Antrag den Dienstboten im Krankenhaus untergebracht und dadurch der Kasse die Möglichkeit entzogen, den Fall zunächst zu prüfen und selbst das erforderliche zu veranlassen, insbesondere die Heilanstalt zu bestimmen, so kann der Arbeitgeber von der Kasse nicht ohne weiteres vollen Ersatz der Kosten, sondern nur insoweit Ersatz beanspruchen, als die Kosten auch entstanden wären, wenn die Kasse selbst das erforderliche veranlaßt hätte (vgl. oben zu b). Sie kann also z. B. einen durch die Wahl der Heilanstalt verursachten unnötigen Mehraufwand an Beförderungs- und Pflegekosten ablehnen.

e) Wegen Verzögerungen in der Erteilung von Bescheiden usw. durch das Versicherungsamt ist Dienstaufsichtsbeschwerde zu erheben. Sie geht, da das städtische Versicherungsamt nur eine Abteilung des Magistrats ist (§ 30 RVO.), an den Regierungspräsidenten.

Behandlung durch „Samariter" als ärztliche Behandlung.

9. **Nach Berlin.** Frage: Arbeiter einer Ballonhüllengesellschaft erkrankten unter Anzeichen von Gasvergiftung. Es wurde nach einem Arzt geschickt, der aber erst nach zwei Stunden eintraf. Inzwischen hatte die Samariter-Wehr der Gesellschaft mit einer Sauerstoffbehandlung eingegriffen, die der Arzt dann billigte und fortsetzen ließ. Muß die Krankenkasse die Kosten für die Behandlung durch die Samariter erstatten?

Antwort: Es handelt sich um Verrichtungen, die an sich im Aufgabenkreise des Arztes liegen, aber tatsächlich von anderen Personen geleistet worden sind, die für Hilfsdienste dieser Art vorbereitet und bestellt sind. Daß solche Personen zu denjenigen gehören, deren Hilfsleistungen nach § 122 Abs. 1 Satz 2 RVO. an die Stelle der Behandlung durch den Arzt tritt, wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt zugezogen werden kann, erscheint nicht zweifelhaft. Die Kasse ist daher zur Bezahlung der Kosten verpflichtet.

Einfluß einer Änderung des Arbeitsverhältnisses auf das Krankengeld bei schwebenden Unterstützungsfällen.

10. **Nach Heilsberg.** Antwort: War der Versicherte als Lehrling erkrankt, so bezieht er das Krankengeld, das ihm als solchem zustand, auch dann weiter, wenn er inzwischen Geselle wird; denn maßgebend für den Umfang seiner Ansprüche ist regelmäßig der Zeitpunkt der Erkrankung, der Eintritt des Versicherungsfalles. Auch die Satzung kann nicht bestimmen, daß Änderungen des Grundlohnes Einfluß auf schwebende Versicherungsfälle haben. (§ 211 RVO. und Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 211.)

§ 1803 RVO. ist nicht anwendbar bei Zurückverweisung nach § 1690.

11. **Nach D.** Antwort: Die Vorschrift des § 1803 RVO., wonach das Oberversicherungsamt in Spruchsachen der Krankenversicherung dem unterliegenden Teile eine Gebühr auflegt, setzt voraus, daß das Oberversicherungsamt eine den streitigen Anspruch erledigende Entscheidung fällt; denn sonst kann von einem „unterliegenden" Teile nicht die Rede sein. Die Bedeutung einer Zurückverweisung nach § 1690 ist aber gerade die, daß das Oberversicherungsamt — gleichviel aus welchen Gründen — sich eines den Streit erledigenden Ausspruchs enthält, also gar nicht feststellen kann und will, wer in der Sache selbst unterliegt. Deshalb kann es in dieser Entscheidung, die nur prozessuale Bedeutung hat, keinem Teile Kosten aus § 1803 RVO. auferlegen.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1881 von J. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1916 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1174 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. Juni 1917 | Heft 16

Die Anrechnung der Krankheitswochen für ein Jahr (§ 1394 Abs. 2 RVO.).

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg im Großh.

Nach § 1394 Abs. 2 RVO. wird eine Krankheit, die ununterbrochen über ein Jahr dauert, für die weitere Dauer (als Krankheitswochen, § 1393) nicht angerechnet. Die gleiche Bestimmung findet sich schon im Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz von 1889 und im Invalidenversicherungsgesetz von 1899. Im Gesetz von 1889 deckte sich mit ihr die Bestimmung, daß die Krankenrente nach Ablauf eines Jahres gewährt wurde. Als das Gesetz von 1899 dies dahin änderte, daß die Krankenrente schon nach Ablauf von 26 Wochen zu gewähren sei, hätte es nahegelegen, auch die Anrechnung von Krankheitszeiten auf 26 Wochen zu beschränken. Dieses ist nicht geschehen. Die Krankheitswochen blieben vielmehr auch weiterhin für ein Jahr anrechnungsfähig, obwohl bereits nach einem halben Jahr die Krankenrente gewährt wurde, sofern die Voraussetzungen dafür gegeben waren. Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts hatte die Anrechnung von Krankheitswochen für ein Jahr auch nach Inkrafttreten des Ges. v. 1899 noch erhebliche Bedeutung. Es wurde nämlich angenommen, daß, wenn bei Ablauf der ersten 26 Krankheitswochen die Wartezeit noch nicht erfüllt war, die Krankheitszeit auch über die ersten 26 Wochen hinaus bis zur Höchstgrenze eines Jahres angerechnet werden könne (Entsch. 817 Amtl. Nachr. 1900 S. 673). Dadurch wurden viele Rentenansprüche gerettet, die sonst wegen Nichterfüllung der Wartezeit hätten abgewiesen werden müssen. Nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung hat das Reichsversicherungsamt diese Grundsätze nicht mehr aufrecht erhalten, sondern mit Rücksicht auf die Fassung des § 1236 RVO. dahin entschieden, daß die Krankheitszeit über 26 Wochen hinaus auch dann nicht anrechnungsfähig sei, wenn bei Ablauf der ersten 26 Wochen die Wartezeit noch nicht erfüllt ist (RVA. Nr. 1894 Amtl. Nachr. 1914 S. 693, ArbVers. 1914 S. 790, Archiv 14 S. 226 Ziff. 1391).

Danach könnte es den Anschein haben, daß die Bestimmung des § 1394 Abs. 2 RVO., wonach Krankheitszeiten bis zur Dauer eines Jahres angerechnet werden können, überhaupt gegenstandslos geworden sei. Das ist aber nicht der Fall. Nach § 1393 Abs. 1 Nr. 3 werden Krankheitswochen denen angerechnet, die wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen sind, ihre Berufstätigkeit fortzusetzen. Die Krankheitszeit wird also nicht nur bei vorübergehender Invalidität angerechnet, sondern bei Arbeitsunfähigkeit, d. h. bei Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung; denn es muß angenommen werden, daß der Begriff „ar-

Digitized by Google

beitsunfähig" in allen Büchern der RVO. einheitlich und gleichbedeutend angewendet ist. Arbeitsunfähigkeit und Invalidität sind aber verschiedene Begriffe, es kann jemand arbeitsunfähig sein, ohne daß Invalidität vorliegt (Entsch. 1583 Amtl. Nachr. 1911 S. 580, Arch. 12 S. 26 Ziff. 45). Wenn z. B. ein Barbier durch geringfügige Wunden an der rechten Hand zur Fortsetzung seiner Berufstätigkeit unfähig ist, so ist er zwar arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung, aber nicht invalide im Sinne der Invalidenversicherung, denn die Invalidenversicherung kennt keine Berufsinvalidität, auch nicht bei vorübergehender Invalidität. Kann der genannte Barbier also auch seine bisherige Berufstätigkeit nicht fortsetzen, so ist er doch fähig, in einem anderen Berufe ein Drittel des Durchschnittslohnes zu verdienen, so daß er als invalide nicht angesehen werden kann.

Hiernach kann die Krankheitszeit über 26 Wochen hinaus bis zur Dauer eines Jahres dann angerechnet werden, wenn zwar Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung, aber nicht Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung vorliegt.

In der Praxis führt die Anwendung dieses Grundsatzes zu Schwierigkeiten. Die anrechnungsfähigen Krankheitszeiten werden zur Sicherung des Nachweises bei der Aufrechnung in die Quittungskarten eingetragen, und zwar nicht nur für 26 Wochen, sondern auch darüber hinaus bis zur Dauer eines Jahres. In Ziffer 10 III f der preußischen Anweisung über die Quittungskartenausgabe vom 20. November 1911 wird ausdrücklich bestimmt, daß, wenn die Krankheit ununterbrochen über ein Jahr dauert, die weitere Dauer nicht eingetragen wird. Dabei kann der Aufrechnungsbeamte keinen Unterschied machen, ob während der 27. bis 52. Woche nur Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung oder auch Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung vorgelegen hat. Aus den ihm vorzulegenden Bescheinigungen ergibt sich darüber nichts und Feststellungen kann die Aufrechnungsstelle nicht treffen. Die Krankheitswochen für die Zeit von der 27. bis 52. Woche werden also ohne Rücksicht darauf eingetragen, ob sie anrechnungsfähig sind oder nicht. Wenn dann die aufgerechnete Quittungskarte an die Landesversicherungsanstalt gelangt, könnte diese zwar nachprüfen, ob die Krankheitszeit in vollem Umfange anrechnungsfähig ist, was regelmäßig nur dadurch geschehen kann, daß ein begründetes ärztliches Gutachten darüber eingezogen wird, wie der Zustand des Versicherten nach Ablauf der ersten 26 Wochen gewesen ist. Das würde zu weit führen, geschieht meines Wissens auch nirgends, jedenfalls ist mir ein solcher Fall nicht zur Kenntnis gekommen. Danach liegt die Sache so, daß regelmäßig erst dann, wenn ein Anspruch geltend gemacht wird, zu der Frage Stellung zu nehmen ist, ob die Krankheitszeit über 26 Wochen hinaus anrechnungsfähig ist. Da seit der Krankheitszeit längere Jahre verstrichen sein können, sind sichere Feststellungen darüber, ob der Versicherte in der Zeit nach der 26. Woche seit Beginn der Krankheit invalide im Sinne der Invalidenversicherung oder nur krank im Sinne der Krankenversicherung gewesen ist, vielfach überhaupt nicht mehr möglich, und es fragt sich, was dann zu gelten hat. Meines Erachtens ist von folgendem auszugehen. Krankheitswochen dürfen in die Quittungskarten nur eingetragen werden, wenn Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung nachgewiesen ist. Ist die Eintragung der Krankheitszeit in die Quittungskarte erfolgt, so darf vermutet werden, daß diese Arbeitsunfähigkeit auch tatsächlich vorgelegen hat. Ein Beweis dafür, daß auch Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung vorhanden gewesen ist, liegt darin nicht. Dieser Nachweis kann aber noch nachträglich erbracht werden. Wird er nicht erbracht, so steht nur fest, daß Arbeitsunfähigkeit, nicht auch Invalidität vorhanden gewesen ist. Die Krankheitszeit muß also bis

Digitized by Google

zur Dauer eines Jahres angerechnet werden. Wegen der Weitläufigkeit und Unsicherheit des Gegenbeweises wird die Landesversicherungsanstalt regelmäßig auch davon absehen dürfen, den Versuch des Gegenbeweises zu machen, wenn von der Krankheitszeit nur die Höhe der Rente, nicht auch der Anspruch selbst abhängt. Sie wird also die eingetragene Krankheitszeit ohne weiteres bis zur Dauer eines Jahres anrechnen dürfen. Dies darf um so eher geschehen, als angenommen werden darf, daß der Versicherte die Gewährung der Krankenrente beantragt haben würde, wenn er seiner Ansicht nach invalide im Sinne der RVO. gewesen wäre. Hängt dagegen von der Anrechnung der Krankheitszeit aus der Zeit von der 27. bis 52. Woche der Anspruch auf Rente selbst ab (weil sonst nicht die Wartezeit erfüllt oder die Anwartschaft aufrecht erhalten sein würde), so ist es die Pflicht der Landesversicherungsanstalt, den Tatbestand auch nach dieser Richtung hin gründlich aufzuklären, zumal in diesen Fällen der Versicherte früher aus Anlaß jener Krankheit Rente nicht beanspruchen konnte, weil die Wartezeit nicht erfüllt ist. Kann die Landesversicherungsanstalt den Nachweis, daß während der eingetragenen Krankheitszeit Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung vorgelegen hat, nicht erbringen, so muß die Krankheitszeit angerechnet werden.

Sind seit der Eintragung der Krankheitszeit und seit der Aufrechnung der betreffenden Quittungskarte mehr als 10 Jahre verstrichen, so kann die Anfechtung der Eintragung nur nach § 1445 Abs. 3 RVO. erfolgen. Zu vgl. Seelmann in ArbVers. 13 S. 314.

Hauptberuf oder Nebenberuf.

Von Gerichtsassessor Dr. Ernst Eckstein in Berlin.

Nach § 165 Ziff. 2 RVO. sind Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung nur dann krankenversicherungspflichtig, wenn die Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet. Zu dem Begriff des Haupt- und Nebenberufs hat das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2045 (Amtl. Nachr. 1915 S. 578, ArbVers. 1915 S. 589) grundsätzlich Stellung genommen. Es handelte sich um einen pensionierten Offizier mit gegen 5000 *M* Ruhegehalt, der als wissenschaftlicher Hilfsarbeiter im Staatsdienst gegen ein Gehalt von 1600 *M* tätig war, und dessen Versicherungspflicht vom Reichsversicherungsamt verneint ist. In der Entscheidung wird ausgeführt, daß unter dem Beruf eines Menschen eine Tätigkeit zu verstehen ist, die nicht nur seine Erwerbskraft vollständig oder hauptsächlich in Anspruch nehme, sondern ihn auch einer bestimmten Gesellschaftsklasse zuweise. Es müsse die Tätigkeit, die als Gegenstand des Hauptberufs in Frage kommt, auch in wirtschaftlicher Beziehung von entscheidender Bedeutung sein. Das ergebe auch die Entstehungsgeschichte des Gesetzes. Jener pensionierte Offizier bleibe auch in seiner gesellschaftlichen Stellung trotz der angenommenen neuen Tätigkeit noch pensionierter Offizier und wirtschaftlich sei neben seiner Pension das Gehalt nicht ausschlaggebend. Auch die Zweckmäßigkeit spreche für die Versicherungsfreiheit, da es nicht dem Willen des Gesetzes entspreche, Personen der Versicherungspflicht zu unterwerfen, die ein Gesamteinkommen von wesentlich mehr als 2500 *M* bzw. 4000 *M* hätten. Auch die Interessen der Ärzte sprächen dafür, da ihnen eine kassenärztliche Behandlung von Angehörigen derartiger Kreise regelmäßig nicht zugemutet werden könne.

So einleuchtend diese Gründe für den einzelnen Fall im ersten Augenblick scheinen, so wenig bleiben sie es, wenn man diejenige Verallgemeinerung versucht, die nach der Art

Digitized by Google

dieser Begründung geboten wäre. Man braucht den praktischen Fall nur ein wenig umzugestalten, um auf ganz andere Verhältnisse zu stoßen. Wäre der Offizier nicht als Oberstleutnant, sondern als Leutnant pensioniert und würde er vielleicht mit einer Pension von 1600 *M* bei seiner beschränkten Erwerbsfähigkeit eine Stellung als Redakteur einer Zeitschrift mit einem Gehalt von 1600 *M* annehmen, so würden die Gründe des Reichsversicherungsamtes hinfällig werden. Für eine solche Person wäre es unter Umständen eine Wohltat, wenn sie einer Krankenkasse angehörte und nur einen Teil der Beiträge zu zahlen hätte, und es darf wohl bezweifelt werden, daß das Reichsversicherungsamt in diesem Falle zur gleichen Entscheidung gekommen wäre, obwohl der eine Fall kaum anders entschieden werden darf als der andere.

Zunächst haben alle nur scheinbar praktischen Erwägungen auszuscheiden, die immer nur für den einzelnen Fall zutreffen, aber nicht grundsätzlich gelten. Rücksichten auf Krankenkassenärzte, auf Krankenkassen und einzelne Personen dürfen bei der grundsätzlichen Entscheidung einer Frage nicht mitsprechen, und als allein beachtenswerte Gründe bleiben nur übrig, daß die gesellschaftliche Stellung und das Verhältnis der Einkünfte aus den verschiedenen Erwerbsquellen entscheidend sein soll.

Spricht man vom Hauptberuf eines Menschen, so ist das naheliegendste, darin diejenige entgeltliche Tätigkeit zu verstehen, der gegenüber andere entgeltliche Tätigkeiten zurücktreten. Das naheliegendste ist darum auch, daß eine N i c h t tätigkeit, insbesondere also auch eine frühere, gegenwärtig nicht mehr ausgeübte Tätigkeit niemals die Bedeutung haben kann, einer gegenwärtigen Beschäftigung den Charakter eines Hauptberufs oder Nebenberufs zu geben.

Bei Beurteilung dieser Frage sollte zunächst nicht außer acht gelassen werden, daß nur für vereinzelte Kategorien von Angestellten die Voraussetzung eines Hauptberufs oder Nebenberufs maßgebend ist. Wenn eine nicht in einem Hauptberuf tätige Person, oder eine aus einem früheren Beruf (Beamter, Offizier) ausgeschiedene Person, oder eine Person, die im wesentlichen von ihrem Kapital lebt, eine Stellung als Handlungsgehilfe, Musiker, Lehrer usw. annimmt, so ist gar kein Zweifel, daß die Versicherungspflicht besteht. In diesen Fällen ist also die gesellschaftliche Stellung und die Art des Bezuges der sonstigen Einkünfte vollkommen Nebensache. Danach kommt es zur Entscheidung unserer Frage nicht darauf an, der erwähnten Entscheidung gegenüber den Nachweis zu führen, daß die erwerbstätigen pensionierten Offiziere usw. versicherungspflichtig sind, sondern nur darauf, zu prüfen, ob die Gründe, die das Reichsversicherungsamt gegen die Versicherung anführt, stichhaltig sind.

Das Reichsversicherungsamt spricht von einer gesellschaftlichen Stellung. Es ist gar kein Zweifel, daß die gesellschaftliche Stellung von einer gewissen Bedeutung ist. Ein pensionierter Offizier bleibt im wesentlichen pensionierter Offizier, auch wenn er eine Erwerbstätigkeit annimmt. Man wird bei einer solchen Person bei einer geringfügigen Beschäftigung, welcher keine Hauptbeschäftigung gegenübersteht, eher dazu neigen, einen Hauptberuf zu verneinen, als etwa gegenüber einer Person, die aus Gesundheitsrücksichten nur eine vielleicht zweistündige Beschäftigung am Tage annehmen kann. Diese letztere Person ist nicht etwa im wesentlichen Nichtstuer, die im Nebenberuf sich etwas verdient, sondern sie hat eben einen einzigen Beruf, der allerdings ihre Zeit nicht voll ausfüllt. Bei jenem pensionierten Offizier würde man mit gutem Recht sagen können, er bleibt in seinem Beruf pensionierter Offizier, der sich etwas nebenbei verdient. Ja, man wird auch das Wertverhältnis der verschiedenen Einkünfte dabei berücksichtigen müssen, und wenn z. B. ein solcher Offizier aus Liebhaberei eine schlecht bezahlte Redakteurstelle annimmt oder um Beschäftigung zu haben oder aus Liebhaberei dieser Beschäftigung nicht nur drei Stunden am Tage widmet, sondern vielleicht ganze oder halbe Tage, so

Digitized by Google

wird man immer noch von einer ausgedehnten Nebenbeschäftigung und nicht von einem Hauptberuf sprechen dürfen.

Aber das alles sind mehr Sonderfragen des einzelnen Falles. Wollte man grundsätzlich sagen, daß die gesellschaftliche Stellung entscheidend ist, so ist nicht einzusehen, inwiefern jener Offizier anders behandelt werden soll, als eine Person, die aus Kapitalvermögen Zinsen bezieht. Wer etwa 100 000 *M* Kapital hat und jährlich 4000 *M* Zinsen, der ist nicht in seinem Hauptberuf Kapitalist oder Nichtstuer, sondern sein Beruf richtet sich ausschließlich nach seiner Tätigkeit, und wenn ein solcher reicher Mann, um nicht zu faulenzen, jene Redakteurstellung mit dreistündiger Arbeitszeit übernimmt, so ist er eben ein reicher Redakteur mit geringem Einkommen, nicht aber Kapitalist und nebenberuflich Redakteur.

Daß die Versicherungspflicht solcher Personen im Einzelfall nicht dem Geist des Gesetzes entspricht, ist richtig. Aber das Gesetz hat es unterlassen, solchen Sonderfällen Rechnung zu tragen und eine besondere Versicherungsfreiheit vorzusehen, und man kann dafür auch eine gewisse Berechtigung herleiten, denn die Krankenkassenbeiträge, die für solche Personen entrichtet werden, kommen eben, da diese Personen die Krankenkasse kaum selbst in Anspruch nehmen, den Kassen und damit den übrigen versicherten Mitgliedern zugute.

Aus diesen Überlegungen folgt, daß die Zugehörigkeit einer Person zu einer gesellschaftlichen Klasse für die Tatsache, ob sie einen Hauptberuf oder nur einen Nebenberuf hat, nur von geringer Bedeutung ist. Wenn ein pensionierter Offizier eine besoldete Stellung annimmt, so wird er damit Mitglied eines bestimmten Berufsstandes, wird Ingenieur, Künstler usw. Er kann daneben pensionierter Offizier sein, Kapitalist oder Nichtstuer, man kann aber nicht von zwei Berufen nebeneinander sprechen, von einem Hauptberuf eines pensionierten Offiziers, eines früheren Beamten, eines Kapitalisten (Rentiers) und jenem auf den Erwerb gerichteten Nebenberuf. Hier handelt es sich nur um frühere Berufe oder gar Berufslosigkeit, nicht aber um gegenwärtige Berufe.

Die hier erörterten Fragen haben übrigens ihre interessante Parallele im Pfändungsschutzrecht. Wenn ein pensionierter Beamter aus Nebenerwerb 1500 *M* verdient, so fragt es sich, ob dieser Verdienst und seine Pension zusammenzuzählen sind und ob und wie unter Umständen der Nebenverdienst der Pfändung unterliegt, oder ob hinsichtlich des Pfändungsschutzes der Verdienst des pensionierten Beamten ganz gesondert zu beurteilen ist. Es soll nicht etwa gesagt sein, daß die Entscheidung dieser Frage auch für unsere Rechtsfrage entscheidend ist, wohl aber dürfte die Parallele selbst nicht unfruchtbar sein.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Französisches Kinderfräulein weder Erzieherin noch Angestellte in gehobener Stellung.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** v. 20. September 1916 (B. 2344/15).

Die Angestellte kann zunächst nicht als Lehrerin im Sinne des § 1 Abs. 1 Ziff. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gelten; denn abgesehen davon, daß ihr die nötige Vorbildung fehlte, hat sie tatsächlich der Tochter des Arbeitgebers keinen Unterricht erteilt. Insbesondere kann es nicht als Lehrtätigkeit in Betracht kommen, wenn sie nur im täglichen Umgange mit dem Kinde französisch sprach. Wenn auch der beabsichtigte Erfolg, daß es französisch sprechen lernte, eintrat, so geschah dies doch nicht zufolge genossenen Unterrichts, sondern lediglich durch ihre Übung. Als Unterrichtstätigkeit kann nur eine solche angesehen werden, bei der auf seiten des Lehrenden irgendwelche pädagogischen Absichten obwalten, wobei regelmäßig auch ein bestimmter Lehrplan zugrunde

Digitized by Google

gelegt werden wird. Hiervon konnte aber bei der Angestellten keine Rede sein.

Zuzugeben ist allerdings, daß ihr eine gewisse erzieherische Einwirkung der Tochter gegenüber oblag. Es ist selbstverständlich, daß sie nach Möglichkeit auf deren gutes Benehmen achtete und in gewissem Maße auf ihre Verstandestätigkeit und ihr Gemüt einzuwirken hatte. Dieser Umstand allein ist jedoch nicht geeignet, um ihre Stellung zu derjenigen einer Erzieherin im Sinne des § 1 Abs. 1 Ziff. 5 zu machen. Denn abgesehen davon, daß die bloße körperliche Pflege des Kindes und sonstigen niederen Beschäftigungen in ihrem Wirkungskreise überwogen und somit ihrer Stellung das Gepräge gaben, fehlte es ihr, insoweit eine mehr erzieherische Betätigung überhaupt in Frage kam, an jeder Selbständigkeit in dieser Richtung.

Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, daß der vom Arbeitgeber angestrebte Erfolg, nämlich die Erlernung der französischen Sprache durch die Tochter genüge, um die erzieherische Einwirkung auf Geist und Gemüt des Kindes und damit die Eigenschaft der Angestellten als Erzieherin darzutun. Selbst wenn angenommen wird, daß der endgültige Erfolg der Tätigkeit der Angestellten der gleiche oder gar ein besserer gewesen sei, als wenn die Tochter einen regelrechten Unterricht bei einer Sprachlehrerin erhalten hätte oder wenn eine mit der „Erziehung" betraute Französin für sie angenommen worden wäre, so fehlten dennoch der Angestellten sowohl in subjektiver Richtung (Bildung, Kenntnisse) als auch nach der Art ihrer Beschäftigung diejenigen Eigenschaften, welche das Versicherungsgesetz für Angestellte — unabhängig von dem Erfolge der Tätigkeit und dem Werte der Leistungen für den Arbeitgeber — zum Begriff des Lehrers oder Erziehers erfordert. Eine mehr dienstbotenartige Tätigkeit, wie sie die Stellung der Angestellten kennzeichnet, und das Fehlen jeder höheren allgemeinen Bildung ist mit dem Begriffe eines Lehrers oder Erziehers im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht vereinbar.

Endlich ist es hiernach auch klar, daß ihre Stellung nicht als eine gehobene gemäß § 1 Abs. 1 Ziff. 2 angesehen werden kann. Auch hier kann der Umstand, daß sie fertig französisch sprach und ihre Dienste dadurch für den Arbeitgeber an Wert gewonnen haben mögen, nicht ausschlaggebend ins Gewicht fallen, zumal das Französische ihre Muttersprache war, ihre Beherrschung sie also nicht auf eine höhere Bildungsstufe erhob, wie etwa einen Deutschen, der sie neben seiner Muttersprache erlernt hat. Die ihr im übrigen obliegenden Verrichtungen waren keineswegs geeignet, sie wesentlich über die Stellung eines Dienstboten hinauszuheben. Es darf, wenn eine in einem bürgerlichen Haushalte im Interesse vorhandener Kinder in Dienst genommene weibliche Person nicht als Dienstbote, sondern als Angestellte in gehobener Stellung angesehen werden soll, der ihr zugewiesene Pflichtenkreis nicht lediglich ein Ergebnis der Arbeitsteilung zwischen mehreren Dienstboten sein, die Angestellte muß vielmehr durch ihre persönlichen Eigenschaften und ihre Stellung im Haushalte erkennen lassen, daß von ihr höhere Leistungen, als von einem Dienstboten, verlangt werden, und sie infolgedessen auch berechtigt ist, höhere Ansprüche zu stellen. In ersterer Linie ist hier eine gewisse berufliche Vorbildung zu verlangen. Diese Voraussetzungen sind aber im vorliegenden Falle nicht erfüllt. Die Versicherungspflicht der Angestellten war daher zu verneinen.

Nach § 210 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte war gleichzeitig festzustellen, daß die Angestellte zu den im § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. bezeichneten Personen gehörte.

Bemessung des Ersatzanspruchs eines Versicherungsträgers gegen den Schädiger nach § 1542 RVO.

Entscheidung des **Landgerichts Elberfeld** vom 19. April 1917 (I. S. 17/17).

Der bei der klägerischen Ortskrankenkasse versicherte Fabrikarbeiter A. hat am 27. Januar 1915 beim Verlassen seiner Wohnung einen Unfall erlitten, indem er bei dem herrschenden Eise ausgeglitten ist. Er hat hierfür den Beklagten, den Vermieter des Hauses, haftbar gemacht und von ihm im Wege des Vergleichs als Abfindung 450 *M* erhalten. Mit der vorliegenden Klage macht die Klägerin den Beklagten haftpflichtig, indem sie ausführt, daß sie gemäß § 823 BGB. und § 1542 RVO. zu beanspruchen habe für 34 Tage Krankengeld mit 85 *M* und als Entschädigung für ärztliche Behandlung und Arznei für 43 Tage $^3/_8$ des Grundlohns mit 1,87 *M*, zusammen 165,41 *M*.

Das Amtsgericht hat nach einer Beweisaufnahme dem Klageantrag stattgegeben. Gegen dies Urteil hat der Beklagte Berufung eingelegt mit dem Antrage, unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage insoweit abzuweisen, als der Beklagte zu mehr als 110,50 *M* nebst Zinsen verurteilt worden ist.

Das Landgericht hat nach diesem Antrage erkannt aus folgenden Gründen:

Es handelt sich im vorliegenden Falle um die Entscheidung der Frage, ob die Krankenkassen von dem auf Grund der Bestimmungen über die unerlaubten Handlungen schadensersatzpflichtigen Dritten nach Maßgabe des § 1503 RVO. im Regreßwege Schadenersatz beanspruchen können, und ob demgemäß die Krankenkassen auch ohne Nachweis der tatsächlich erfolgten Lieferungen als Ersatz für Krankenpflege $^3/_8$ des Grundlohns in Rechnung stellen können. § 1503 RVO. findet keine unmittelbare Anwendung, weil diese Bestimmung sich nur auf das Verhältnis zwischen der Krankenkasse und

Digitized by Google

dem Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung (§ 1501) bezieht. Es fragt sich aber, ob nicht eine entsprechende Anwendung des § 1503 a. a. O. dazu führt, der Krankenkasse einen Anspruch auf Ersatz der $^3/_5$ des Grundlohns zu gewähren. Die Frage ist jedoch zu verneinen. Die Verpflichtung des auf Grund unerlaubter Handlungen Schadensersatzpflichtigen beruht allein auf dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Die Reichsversicherungsordnung hat hierfür keine Bestimmung treffen wollen und auch nicht treffen können. Der Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz der dem Verletzten gewährten Leistungen entsteht zwar unmittelbar einer Krankenkasse und ohne Rücksicht darauf, ob sie dem Versicherten Leistungen bereits gewährt hat (Entsch. d. Reichsger. 60 S. 200, Jur. Wochenschr. 1908 S. 21). Der Anspruch ist aber ein abgeleiteter. Er kann nicht weiter gehen als der dem Versicherten gegen den Beschädiger auf Grund der Bestimmungen des BGB. zustehende Anspruch. Wenn im § 1542 Abs. 2 RVO. gesagt ist, daß auf das Maß des Ersatzes für Krankenpflege und Krankenhauspflege sowie für die Krankenbehandlung und Heilanstaltspflege § 1503 entsprechend anwendbar sei, so kann diese Bestimmung daher nur besagen, daß nicht über diese Verpflichtungen hinaus der Beschädiger von der Krankenkasse herangezogen werden kann. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Juni 1915 S. 736 der Zeitschrift „Die Arbeiterversorgung" kann die Klägerin nicht für sich verwerten, weil diese Entscheidung sich auf das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Armenverband und die in diesem Zusammenhang bestehende Vorschrift des § 1531 RVO. bezieht, die hier nicht anwendbar ist. Die Krankenkasse kann daher die dem Verletzten zustehenden Schadensersatzansprüche wohl innerhalb der Grenzen des § 1503 RVO., also als Maximalbetrag, geltend machen, sie wird aber durch diese Bestimmung von dem Nachweis des Schadens nicht entbunden.

Im vorliegenden Falle hat die Klägerin nicht dargetan, daß der von dem Versicherten erlittene Schaden mehr als 110,50 ℳ — die von dem Beklagten in der Berufungsinstanz anerkannte Summe — beträgt. Das Krankengeld ist in dieser Summe in voller Höhe enthalten. Was die Entschädigung für ärztliche Behandlung angeht, so behauptet die Klägerin nicht, daß ihre Auslagen den von dem Beklagten in Rechnung gestellten Betrag überstiegen haben. Daß schließlich der Beschädigte außer den Kosten der Heilung noch weitere Schadensersatzansprüche zu fordern habe, behauptet die Klägerin selber nicht, jedenfalls ist ihre Forderung in dieser Beziehung nicht substantiiert.

Anmerkung: Die vorstehende Entscheidung berichtigt die im Heft 1 S. 8 abgedruckte amtsgerichtliche Entscheidung, entsprechend unserer Auskunft im Jahrg. 1916 S. 744 Ziff. 15. Um es nochmals kurz auszudrücken: Der Versicherungsträger, der wegen seiner Leistungen einen Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen den Schädiger geltend macht, hat seine Leistungen nachzuweisen und dabei ihre Aufwendungen für Krankenpflege und Krankenhauspflege nach § 1542 Abs. 2, § 1503 RVO. zu berechnen; aber er kann hierfür von dem Schädiger im ganzen niemals mehr fordern als dieser dem Versicherten nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts (ohne Anwendung der §§ 1542, 1503 RVO.) schuldete.

Form der Rechtsmitteleinlegung. — Schiffer als Angestellter oder Unternehmer? — Überführung eines Dampfers von der Werft nach dem Lieferungsort als Schiffahrtsbetrieb.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Januar 1917.

Die Firma C. W. in Breslau hatte im Jahre 1913 auf ihrer Werft in Cosel für das Komitee zur Bereinigung und Instandhaltung des Don in Rostow den Dampfbaggerprahm Egurtscha erbaut. Nach § 5 des Lieferungsvertrags hatte die Firma das Schiff für die Fahrt von Breslau nach Rostow auf ihre Kosten bei einer erstklassigen Versicherungsgesellschaft gegen alle Gefahren zu versichern und alle Überführungskosten sowie den Rücktransport der Besatzung zu tragen. Nach § 7 des Vertrages sollte das Schiff in Rostow abgenommen, dann die russische Flagge gehißt werden und das Schiff in den Besitz des Komitees übergehen. Die Firma schloß im August 1913 mit dem Kapitän F. in Hamburg einen Vertrag, wonach für den Gesamtbetrag von 5500 ℳ sowie gegen eine besondere angemessene Vergütung bei guter Ablieferung und sachgemäßer Überführung das Schiff von Stettin über See durch den Kaiser-Wilhelm-Kanal, Kanal La Manche, die Biskaya, Atlantik, das Mittelländische Meer, Ägäische Meer, die Dardanellen, den Bosporus, das Schwarze Meer, die Straße von Kertsch nach Rostow führen sollte. Von dem Pauschbetrag von 5500 ℳ sollten 3000 ℳ bei Beginn der Reise und 2500 ℳ nach Ankunft in Rostow gezahlt werden. F. verpflichtete sich mit Ausnahme des zweiten Maschinisten und eines Heizers die gesamte Schiffsmannschaft (Schiffsbesatzung) zu stellen, ferner die Ausgaben für die Heuer, Verpflegung, Rückbeförderung der gesamten Mannschaft, die Anheuerung, die Zölle für die Dardanellen und etwaigen sonstigen Durchfahrtswege (Kaiser-Wilhelm-Kanal und Straße von Kertsch), endlich die Kosten für Wasser und ärztliche Untersuchung zu übernehmen. Dagegen sollten zu Lasten der Firma die Versicherung, die Schiffspapiere, der zweite Maschinist, ein Heizer, Kohlen, Öl, Putzmaterial, Farbenanstrich, Kohlen an Bord, Kompaßregulieren, Lotsengelder von Stettin nach See, Hafenabgaben für etwaige Nothäfengehen. Auf Kosten der Firma stellte F. leihweise Chronometer, Medizinkasten, Karten und Bücher. Für den Fall, daß die Probefahrt in Stettin länger als zwei Tage dauern sollte, hatte die Firma die Mehrkosten für die Besatzung und zwar sowohl die Vergütung F.s wie die Heuer der Leute zu tragen. Die Überführung des Schiffes erfolgte in der Zeit vom 14. September bis 10. Dezember 1913, an welchem Tage die Abmusterung in Rostow stattgefunden hat. Entsprechend einem vom Königlichen Amtsgericht in Breslau unterm 1. September 1913 ausgestellten Flaggenzeugnis führte das

Digitized by Google

Schiff während der ganzen Fahrt von Swinemünde nach Rostow die deutsche Flagge.

Mit Schreiben vom 30. Dezember 1913 übersandte die Invaliden-, Witwen- und Waisen-Versicherungskasse der See-Berufsgenossenschaft (Seekasse) die vom Seemannsamt in Swinemünde ausgestellte Musterrolle des deutschen Dampfers Egurtscha, als dessen Heimathafen Cosel bezeichnet war, der Landesversicherungsanstalt Schlesien mit dem Bemerken, daß das Schiff während der Überführung nicht der See-Berufsgenossenschaft angehörte, und daß deshalb für die Mannschaft nicht Beiträge zur Seekasse, sondern zur Landesversicherungsanstalt Schlesien zu entrichten seien.

Die Firma C. W. lehnte die Beitragsentrichtung ab, da nicht sie, sondern der Kapitän F. der Arbeitgeber der Schiffsbesatzung gewesen sei. F. verweigerte die Beitragsentrichtung, weil nicht er, sondern die Firma die Unternehmerin der Überführung gewesen sei.

Das Versicherungsamt entschied dahin, daß die Firma C. W. als Arbeitgeberin der Schiffsbesatzung die Beiträge für diese an die Landesversicherungsanstalt Schlesien nachzuentrichten hätte.

Hiergegen legte die Firma rechtzeitig Beschwerde ein und beantragte, da ein derartiger Fall sich öfters wiederholen könne, die Sache „im Prinzip" zu entscheiden. Das Oberversicherungsamt holte zunächst eine Äußerung der Seekasse ein, ob nicht im Hinblick auf § 540 Nr. 2 RVO. die Überführung des Dampfers Egurtscha als See-Schiffahrtsbetrieb anzusehen sei. Die Seekasse führte aus: § 540 Nr. 2 RVO. verstehe unter Betrieben, die wesentliche Bestandteile eines nach §§ 537, 538 RVO. versicherungspflichtigen Hauptbetriebes seien und über den örtlichen Verkehr hinausgreifen, nur solche von Dauer, wie z. B. von Werften in Fahrt gehaltene Erzdampfer, im Gegensatz zu den der Beförderung von Arbeitern dienenden Fährbooten. Die Reichsversicherungsordnung habe an dem in dem Bescheide des Reichsversicherungsamts vom 19. Februar 1900 ausgesprochenen Grundsatze (vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. II S. 491 Anm. 8 zu § 1 des See-UVG.) nichts geändert.

Nach Ablauf der Beschwerdefrist erklärte am 24. Oktober 1916 auf Anfrage des Oberversicherungsamts die Firma C. W., sie habe bereits in ihrer Beschwerdeschrift ihre Absicht zum Ausdruck gebracht, diese Angelegenheit ihrer grundsätzlichen Bedeutung wegen durch das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung zu bringen.

Die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts gab nunmehr die Sache gemäß § 1459 Abs. 2 RVO. an das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung ab und äußerte sich gutachtlich dahin, daß die Überführung des Dampfers Egurtscha einen Seeschiffahrtsbetrieb im Sinne des § 540 Nr. 2 RVO. dargestellt habe, und daß die Firma C. W. Unternehmerin dieses Betriebs gewesen sei. Für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sei nicht die Landesversicherungsanstalt Schlesien, sondern die Seekasse zuständig.

Das Reichsversicherungsamt hat die Entscheidung des Versicherungsamts bestätigt mit der Maßgabe, daß die Invalidenversicherungsbeiträge an die Seekasse abzuführen sind. — Gründe:

Zunächst war zu prüfen, ob ein rechtzeitig und rechtswirksam gestellter Antrag auf Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt gemäß § 1459 Abs. 2 Satz 1 RVO. vorlag.

Die Beschwerdeführerin hat in ihrem, innerhalb der Beschwerdefrist beim Oberversicherungsamt eingegangenen Schriftsatz vom 24. Dezember 1915 den Antrag gestellt, daß die Angelegenheit „im Prinzip" entschieden werde. Erst nach Ablauf der Beschwerdefrist hat sie diesen Antrag in dem Schriftsatze vom 24. Oktober 1916 auf Anfrage des Oberversicherungsamts dahin erläutert, daß damit ein Antrag auf Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt zum Ausdruck gebracht werden sollte. Wie das Reichsversicherungsamt angenommen hat, ist es für die wirksame Einlegung eines Rechtsmittels nicht erforderlich, daß in dem betreffenden Schriftsatze eine ausdrückliche Erklärung der Rechtsmitteleinlegung enthalten ist. Dies ist um so weniger notwendig, als es schon nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts genügt, wenn der auf Einlegung des Rechtsmittels gerichtete Wille durch urkundliche Zeichen erkennbar gemacht ist (zu vgl. die Revisionsentsch. 838, 1340, 1424, Amtl. Nachr. 1900 S. 721, 1908 S. 498, 1909 S. 522, Rekursentsch. 879, 1633, Amtl. Nachr. 1890 S. 506, 1897 S. 403). Weiter hat das Reichsversicherungsamt eine an sich nicht rechtswirksame Einlegung von Rechtsmitteln durch nachträgliche, selbst nach Ablauf der Rechtsmittelfrist erfolgte Beibringung der erforderlichen Erklärungen oder Beseitigung der Mängel für heilbar erklärt. Das wurde beispielsweise angenommen bei Nachbringung der fehlenden Unterschrift (Rekursentsch. 980, Amtl. Nachr. 1891 S. 217) oder der Vollmacht (Revisionsentsch. 570, Amtl. Nachr. 1897 S. 317) oder der nachträglichen Genehmigung von seiten des gesetzlichen Vertreters (Revisionsentsch. 1425, Amtl. Nachr. 1909 S. 522). In sinngemäßer Anwendung dieser Grundsätze läßt sich hier unbedenklich annehmen, daß die Beschwerdeführerin durch ihren Antrag auf Entscheidung „im Prinzip" den Willen auf Herbeiführung einer oberstrichterlichen Entscheidung durch das Reichsversicherungsamt zum Ausdruck bringen wollte, und weiter, daß sie auch nach Ablauf der Beschwerdefrist ihren Willen zweifelsfrei erläutern durfte. Der Beschwerdeführerin darf es auch nicht zum Nachteil gereichen, daß das Oberversicherungsamt sie erst nach Ablauf der Beschwerdefrist zu dieser Erläuterung aufgefordert hat. Der Beschlußsenat hat daher in dem Antrage der Beschwerdeführerin vom 24. Dezember 1915 eine rechtzeitige und rechtswirksame Antragstellung auf Abgabe der Sache im Sinne des § 1459 Abs. 2 RVO. erblickt. Ohne Belang ist dabei, daß für die Beschwerdeführerin, ihrem Interesse an dem Ausgang des Streits entsprechend, die Streitfrage, wer der Unternehmer der Überführung des Dampfers war, im Vordergrund stand, während das Oberversicherungsamt in erster Linie die Sache abgegeben hat zur Entscheidung der Frage, ob es sich hier um einen Seeschiffahrtsbetrieb im Sinne des § 540 Nr. 2 RVO. handelt. Nach alledem war das Oberversicherungsamt zur Abgabe

Digitized by Google

der Sache gemäß § 1459 Abs. 2 RVO. an das Reichsversicherungsamt befugt. Dessen Zuständigkeit zur Entscheidung ist gegeben und war gemäß § 1781 RVO. der Beschlußsenat mit der Angelegenheit zu befassen.

In der Sache selbst war zunächst zu erörtern, wer als Unternehmer der Überführung des Dampfers Egurtscha anzusehen war. Der Beschlußsenat hat sich in dieser Hinsicht den zutreffenden Ausführungen des Versicherungsamts angeschlossen. Kapitän F., der das Schiff überführte, war unzweifelhaft Schiffer im Sinne des § 2 der Seemannsordnung (RGBl. 1902 S. 175, 1904 S. 167) und der §§ 165 Abs. 2, 1226 Abs. 2 RVO. Es fragt sich, ob er als Schiffer selbständiger Gewerbetreibender war oder ob er in persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit zu seiner Auftraggeberin gestanden hat. Nach den §§ 5, 7 des zwischen der Firma C. W. und dem Komitee in Rostow abgeschlossenen Lieferungsvertrags hatte die Firma die Überführung des Dampfers auf ihre Kosten zu bewerkstelligen. Die Abnahme des Schiffes erfolgte erst in Rostow, wo das Schiff in den Besitz des Komitees überging. Hieraus ergibt sich, daß die Firma das Interesse an der Überführung hatte, und daß diese für ihre Rechnung und Gefahr erfolgte. Die von F. übernommenen Arbeiten gehörten daher zu dem Betriebe der Firma. Der mit ihm abgeschlossene Vertrag war ein Dienstvertrag, kein Werkvertrag, F. war also nicht der Unternehmer. Daß ihm ein Pauschbetrag von 5500 ℳ für seine Dienstleistung gewährt worden ist, aus dem er Löhne (Heuer), die Verpflegung und die Rückbeförderung der von ihm gestellten Schiffsmannschaft bzw. Besatzung sowie gewisse Abgaben zu bestreiten hatte, beweist nichts für seine Selbständigkeit. Denn in vielen Fällen, insbesondere bei Akkordarbeiten, bedient sich der eigentliche Unternehmer eines Mittelmannes zur Anstellung und Entlohnung der Mitarbeiter (zu vgl. Ziff. 14 letzter Absatz, 16 i und 66 der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 721 ff., insbesondere auch Revisionsentsch. 220, Amtl. Nachr. 1893 S. 65). Die Anheuerung der Mannschaft (Besatzung), soweit sie nicht von der Firma selbst gestellt wurde, ist auch nicht für F. erfolgt, sondern, wie sich aus der Musterrolle ergibt, für das deutsche Schiff Egurtscha, Heimathafen Cosel, also für die Firma C. W., in deren Besitz der Dampfer sich noch befand. Es kommt hinzu, daß nicht etwa F. die gesamten Überführungskosten aus dem genannten Pauschbetrag zu bestreiten hatte, sondern nur die Ausgaben für die von ihm angeheuerte Schiffsmannschaft bzw. Schiffsbesatzung sowie Abgaben und Zölle für Kanal- und Meerengendurchfahrten. Er hatte somit nur Aufwendungen zu tragen, deren Höhe mit ziemlicher Sicherheit sich im voraus feststellen ließ, während alle anderen, insbesondere solche, die ein gewisses Risiko bedingten, der Firma zur Last fielen. Vor allem hatte die Firma für den etwaigen Verlust des Schiffes einzustehen und sich gegen diese Gefahr durch eine „erstklassige" Versicherung zu decken. Sie hatte die Hafenabgaben für das etwaige Anlaufen von Nothäfen und die Mehrkosten für die etwa länger als zwei Tage dauernde Probefahrt in Stettin — sogar einschließlich der „Vergütung" für den Schiffsführer — zu übernehmen. Das Unternehmerwagnis fiel daher der Firma zu. F. dagegen konnte, wie die Vorentscheidung zutreffend hervorhebt, seine Entlohnung nach feststehenden, dem üblichen Arbeitslohn entsprechenden Grenzen und nach amtlichen Vorschriften bestimmen und brauchte für seine Ansprüche keine größere Gefahr zu laufen, als so mancher Akkordarbeiter. Wenn auch die endgültige Höhe seiner Entlohnung davon abhing, daß er das Schiff überhaupt nach Rostow brachte und die Fahrt möglichst schnell zurücklegte, so liegen doch die Verhältnisse ähnlich, wie bei einem Akkordarbeiter, von dessen Geschicklichkeit, Arbeitskraft, Ausnutzung der Zeit usw. das Maß der Arbeitsleistung und damit des Verdienstes abhängt. Hätte F. das Schiff nicht nach dem Bestimmungsort gebracht und wäre er etwa des zweiten Teilbetrags der Pauschalsumme verlustig gegangen, so hätte er sich in der Lage eines Akkordarbeiters befunden, der die von ihm übernommene Arbeit nicht oder nicht vollständig geleistet hat und sich dementsprechende Abzüge von der Akkordsumme gefallen lassen muß. Nach seiner glaubhaften Angabe hat F. bei der vier Monate währenden Reise nach Rostow nur einen Verdienst von etwa 1500 ℳ erzielt, der unter Anrechnung der selbstbeschafften Beköstigung der in seinen früheren Beschäftigungsverhältnissen erzielten Monatsheuer von 200 ℳ entspricht. Ehe F. die Überführung des Dampfers Egurtscha übernommen hatte, war er bis 1911 als Kapitän, Schiffsoffizier und Lotse auf ausländischen Schiffen in fester Stellung tätig. In den folgenden Jahren hatte er gegen eine feste Heuer von 200 ℳ monatlich und freie Beköstigung Schiffe von deutschen Werften nach überseeischen Bestimmungsorten überführt. Auch seine ganzen wirtschaftlichen Verhältnisse sprechen somit gegen die Annahme seiner Unternehmereigenschaft. Weiter war seine persönliche Abhängigkeit von der Firma gegeben. Diese hatte die Zeit der Ausführung der Arbeitsleistung zu bestimmen. Seine Selbständigkeit bezüglich Leitung der Fahrt war keine größere, als sie jeder Schiffsführer gegenüber dem Reeder hat. Innerhalb dieser Grenzen bewegte sich auch seine Verantwortung der Firma gegenüber.

Endlich gehen die Einwendungen der Firma fehl, daß F. durch die auf seine Kosten erfolgte Anheuerung der Seeleute vor dem Seemannsamt in Swinemünde nach den §§ 59 bis 61 der Seemannsordnung die Verpflichtung gehabt habe, für etwaige Krankheitsfälle der Mannschaft einzutreten, und daß er hiernach

Digitized by Google

von dem Seemannsamt als Arbeitgeber im Sinne des § 165 (1226) RVO. anerkannt worden sei. Zunächst schreibt § 12 der Seemannsordnung vor, daß der Kapitän die Musterung der Schiffsmannschaft, d. i. die Verlautbarung der mit den Schiffsleuten geschlossenen Heuerungsverträge vor dem Seemannsamte (§ 13 der Seemannsordnung) zu veranlassen hat, und daß er oder ein zum Abschlusse von Heuerverträgen bevollmächtigter Vertreter der Reederei bei der Musterung zugegen sein muß. Der Kapitän hat also die Musterung zu veranlassen, gleichgültig, ob er selbst nur Angestellter oder Unternehmer des Schiffahrtsbetriebs ist. Hieraus läßt sich weder für das Verhältnis zwischen Kapitän und Auftraggeber noch für eine Übernahme der aus den §§ 59 bis 61 der Seemannsordnung entspringenden, dem Reeder obliegenden Verpflichtungen etwas folgern. Ebensowenig daraus, ob bei der Musterung der Kapitän oder ein Reedereivertreter zugegen ist. Diese letztere Vorschrift hat überhaupt nur den Zweck, den Schiffsleuten zu ermöglichen, bei der Musterung Auskunft über wesentliche Fragen von einer maßgeblichen Persönlichkeit zu erhalten und die Vermittlung der Heuerbase auszuschalten (zu vgl. Hippel, Seemannsordnung 2. Aufl. Anm. 1 zu § 12). Im übrigen ist die Anmusterung, wie bereits erwähnt, nicht für F., sondern für den damals noch im Besitze der Firma befindlichen Dampfer Egurtscha erfolgt. Demgemäß war F. nicht als selbständiger Gewerbetreibender, sondern lediglich als Arbeitnehmer der Firma C. W. anzusehen. Diese war die Unternehmerin der Schiffsüberführung und die Arbeitgeberin der Schiffsbesatzung, sie hat daher auch die Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für die versicherungspflichtigen Mitglieder der Schiffsbesatzung zu entrichten.

Es fragt sich weiter, welcher Versicherungsträger, die Landesversicherungsanstalt Schlesien oder die Seekasse zur Entgegennahme dieser Beiträge zuständig ist. Die Entscheidung dieser Frage hängt davon ab, ob die Überführung des Dampfers Egurtscha einen Seeschiffahrtsbetrieb im Sinne des § 540 Nr. 2 RVO. darstellte oder nicht.

Unter der Herrschaft des früheren Rechts hatte das Reichsversicherungsamt sowohl in dem Bescheide vom 19. Februar 1900 (Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. II S. 491 Anm. 8 zu § 1 See-UVG.) wie in dem Bescheide 2441 (Amtl. Nachr. 1910 S. 640) ausgesprochen, daß die Überführung neuerbauter Schiffe, wenn sie für Rechnung der Schiffswerft geschieht, als wesentlicher Bestandteil der Schiffswerft mit dieser versichert sind. Diese Entscheidungen beruhten auf den Vorschriften des § 2 Abs. 5 GUVG. und des § 1 Abs. 2 See-UVG., wonach ein zu einem gewerblichen Betrieb gehörender Seeschiffahrtsbetrieb der Gewerbeunfallversicherung unterliegt, wenn er einen wesentlichen Bestandteil des gewerblichen Betriebs bildet. Die gleichen Vorschriften enthalten auch die §§ 539 und 1051 RVO. Abweichend bestimmt aber § 540 Nr. 2 a. a. O., daß für Seeschiffahrtsbetriebe, die wesentliche Bestandteile gewerblicher Betriebe sind und die über den örtlichen Verkehr hinausgreifen, § 539 nicht gilt. Die Einbeziehung solcher, zwar wesentliche Bestandteile versicherter gewerblicher Betriebe bildender, aber über den örtlichen Verkehr hinausgreifender Seeschiffahrtsbetriebe in die Seeunfallversicherung war erst in der Reichstagskommission beschlossen worden. Wie aus der Äußerung eines Regierungsvertreters hervorgeht, machte die Gleichartigkeit der Seeschiffahrt, mochte sie für sich oder als wesentlicher Bestandteil eines andersartigen Unternehmens betrieben werden, die Einheitlichkeit der Versicherung, insbesondere der Unfallverhütungsvorschriften und der Kontrolle, wünschenswert. Aus diesem Grunde sei hier eine versicherungstechnische Teilung des Betriebs geboten (Kommissionsbericht III S. 22). Hieraus geht hervor, daß mit der Vorschrift des § 540 Nr. 2 RVO. eine Änderung des bisherigen Rechtszustandes beabsichtigt wurde. Demgemäß können auch die früheren Entscheidungen des Reichsversicherungsamts nicht mehr in vollem Umfange aufrechterhalten werden (zu vgl. Moesle-Rabeling, Kommentar 3. Aufl Anm. 3 zu § 1051, Caspar-Spielhagen, Reichsversicherungsordnung, Bd. III S. 456 Anm. zu § 1051). Sonach kommt es für die Anwendung des § 540 Nr. 2 RVO. auf den vorliegenden Fall einzig und allein darauf an, ob die Überführung des Dampfers Egurtscha einen wesentlichen Bestandteil des Werftbetriebs der Firma C. W. bildete und ob sie über den örtlichen Verkehr hinausgriff. Beide Voraussetzungen sind gegeben. Die Firma hatte, wie oben dargelegt, die Überführung des Schiffes auf eigene Rechnung und Gefahr bewirkt, sie hatte die Kosten der Überführung einschließlich der Kosten der Versicherung getragen, die Schiffsbesatzung war auf ihre Veranlassung angenommen worden, zum Teil hatte sie sie selbst gestellt, das Flaggenzeugnis des Amtsgerichts Breslau lautete auf sie als Eigentümerin des Dampfers. Der anscheinend auf Schaufeils Kommentar zur See-Unfallversicherung, Anm. 1 zu § 1051, gestützten Ansicht der Seekasse, daß § 540 Nr. 2 unter Betrieben, die wesentliche Bestandteile eines nach §§ 537, 538 versicherungspflichtigen Hauptbetriebes seien, nur solche von Dauer verstehe, kann nicht beigetreten werden. Entscheidend sind nicht Umfang und Dauer des Betriebs, sondern es kommt allein darauf an, ob der dem Hauptbetrieb angegliederte Betrieb den Zwecken des ersteren dient, oder ob er selbständige wirtschaftliche Zwecke verfolgt. Im ersteren Falle handelt es sich um einen wesentlichen Bestandteil des Betriebs, im letzteren um einen Nebenbetrieb (zu vgl. Moesle-Rabeling,

Digitized by Google

Anm. 3 zu § 1051). Der erstere Fall trifft hier zu, denn die Überführung des Dampfers diente den Zwecken des Werftbetriebs, nämlich der Ablieferung an den Besteller. Weiter griff die Überführung über den örtlichen Verkehr hinaus. Was unter örtlichem Verkehr im Sinne des § 540 Nr. 2 RVO. zu verstehen ist, sagt das Gesetz nicht ausdrücklich. Bei der Beratung in der Reichstagskommission wurde beispielsweise als unter den „örtlichen Verkehr" fallend die Beförderung von Gütern von Bremen nach Bremerhaven angeführt (Kommissionsbericht III S. 22). Daraus ist zu folgern, daß als „örtlicher Verkehr" jedenfalls nicht mehr eine Beförderung oder eine Überführung angesehen werden kann, die, wie vorliegend, den Seeweg fast um ganz Europa in Anspruch genommen hat.

Aus diesen Gründen war die Überführung des Dampfers Egurtscha als Seeschiffahrtsbetrieb im Sinne des § 540 Nr. 2 RVO. anzusehen. Als solcher unterlag der Betrieb der See-Unfallversicherung gemäß § 1051 RVO., und die in ihm beschäftigten, der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung unterliegenden Personen waren bei der Seekasse gemäß § 5 ihrer Satzung (in der Fassung vom 13. September 1912) in Verbindung mit § 1375 RVO. zu versichern. Sonach hat die Firma C. W. die Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an die Seekasse zu leisten.

B. Zur Krankenversicherung.

Fliesenleger gehören zur besonderen Ortskrankenkasse für das Maurergewerbe.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** v. 23. Februar 1917 (B. K. 240/16).

Das Oberversicherungsamt ist nach Prüfung der Erklärungen der Parteien und der von ihnen beigebrachten sachverständigen Äußerungen sowie nach der eigenen Sachkenntnis der Beisitzer der Beschlußkammer zu der Ansicht gelangt, daß die Fliesenlegerarbeiten den Maurerarbeiten zuzurechnen sind. Denn die mit diesen Arbeiten beschäftigten Personen müssen ebenso wie die Maurer ausgebildet werden, d. h. sie müssen die gleiche Materialkenntnis besitzen und mit der Führung des gleichen Handwerkszeuges vertraut sein. Auch bilden die Fliesen einen Teil, sei es des vertikalen, sei es des horizontalen Mauerwerks und dienen, ähnlich wie der Putz, sowohl zu dessen Verstärkung als Verschönerung. Danach ist das Fliesenlegergewerbe keine für sich alleinstehende besondere Tätigkeit und ist auch nicht dem Töpfergewerbe, vielmehr dem Maurergewerbe zuzurechnen.

Die Firma R. R. beschäftigt sich lediglich mit der Ausführung fliesentechnischer Dekorationen und hat daher, wie vom Versicherungsamt festgestellt, der Ortskrankenkasse für das Maurergewerbe anzugehören.

Beitragsfreiheit nach § 383 RVO. gilt auch, wenn bei Arbeitsunfähigkeit nur Anspruch auf Krankenpflege, nicht auf Krankengeld besteht.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. März 1917 (II K. 978/16).

Nach § 383 RVO. sind bei Arbeitsunfähigkeit „für die Dauer der Krankenhilfe" keine Beiträge zu entrichten. Es fragt sich, ob die Befreiung von der Beitragspflicht auch dann eintritt, wenn trotz vorhandener Arbeitsunfähigkeit aus besonderen Gründen nur Anspruch auf Krankenpflege, nicht auch auf Krankengeld besteht. Diese Frage hat das Versicherungsamt im Hinblick auf Entstehungsgeschichte, Zweck und Zusammenhang der Gesetzesvorschrift mit Recht bejaht. § 383 hängt mit § 311 eng zusammen, der vorschreibt, daß Arbeitsunfähige Mitglieder bleiben, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Beide Vorschriften waren früher in § 54 a KrVersGes. vereinigt. Dort hieß es: Im Falle der Erwerbsunfähigkeit werden für die Dauer der Krankenunterstützung Beiträge nicht entrichtet. Die Mitgliedschaft dauert während des Bezuges von Krankenunterstützung fort." Die Trennung ist nur erfolgt, weil es der Anordnung des Entwurfs zur Reichsversicherungsordnung entsprach, den Satz über die Beitragsfreiheit in Zusammenhang mit der Beitragsleistung zu bringen (zu vgl. Begründung S. 196 zu § 324 des Entwurfs). Sinn und Absicht des § 54 a KrVersGes. faßt Hahn (ArbVers. 1893 S. 557 ff.) zutreffend dahin zusammen, ein Versicherter, der erwerbsunfähig werde und dadurch vermutlich außerstande sei, Beiträge zu zahlen, solle zwar von der Beitragspflicht für die Dauer der Krankenunterstützung befreit sein, dessen ungeachtet aber im Versicherungsverhältnisse mit allen Rechten und Pflichten, insbesondere im Vollbesitze aller seiner Ansprüche an die Kasse verbleiben. Der Hauptbeweggrund war also bei Einführung der Beitragsfreiheit der, daß es dem Versicherten während der Arbeitsunfähigkeit, die ihn am Verdienst hindert, regelmäßig schwer fällt, die Mittel für die Zahlung der Beiträge aufzubringen. Darauf, auf welche Leistungen der Krankenhilfe der Versicherte Anspruch hat, kommt es hierbei nicht an. Auch der Wortlaut des § 383 RVO. zwingt zu keiner anderen Auslegung. Die Krankenhilfe umfaßt alle Leistungen, welche die Kran-

Digitized by Google

kenkassen im Falle einer Erkrankung nach den §§ 182 bis 194 a. a. O. gewähren müssen oder können. Die Worte „für die Dauer der Krankenhilfe" bedeuten daher nichts anderes als: solange ein Anspruch auf eine oder mehrere dieser Leistungen, die für den betreffenden Fall als Krankenhilfe in Betracht kommen, nach Gesetz oder Satzung besteht. Mit Recht hat auch das Versicherungsamt darauf hingewiesen, daß es eine unbillige Härte wäre, die der Gesetzgeber nicht gewollt haben kann, wenn der Versicherte für seine Säumigkeit in der Beitragsentrichtung doppelt gestraft würde, indem er bei Arbeitsunfähigkeit nicht nur das Krankengeld einbüßte, sondern auch noch gezwungen wäre, die Beiträge fortzuentrichten. Andererseits ist die Kasse für den Ausfall der rückständig gebliebenen Beiträge durch die Vorenthaltung des Krankengeldes hinreichend entschädigt (zu vgl. hierzu Hoffmann, Kommentar Anm. 3 zu § 383, Hahn, Handb. der Krankenversf. Anm. 1 zu § 383; Stier-Somlo, Kommentar Anm. 2 zu § 383; Petersen, „Die Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung" Anm. 2a zu § 383). Übrigens hat das Reichsversicherungsamt in der Revisionsentscheidung 2154 (Amtl. Nachr. 1913 S. 362, insbesondere S. 363 oben) bei der Auslegung des § 1513 Abs. 2 RVO. einen Anspruch auf Krankenhilfe ebenfalls schon dann als vorliegend angenommen, wenn lediglich Krankenpflege zu gewähren war.

C. Zur Unfallversicherung.

Ersatzanspruch der Kasse, die einem Unfallverletzten Krankenhilfe gewährt hat, auf die er „sonst" keinen Anspruch hatte.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 10. Oktober 1916 (2309 Amtl. Nachr. 1917 S. 262).

Nach § 576 Abs. 1 Satz 1 RVO. ist den Krankenkassen zu ersetzen, was sie nach den §§ 573, 575 über die Pflicht hinaus, die sie sonst nach Gesetz oder Satzung haben, gewähren müssen. Hiernach sind die Krankenkassen, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2226 (Amtl. Nachr. 1916 S. 579) ausgeführt hat, berechtigt, für diejenigen auf Grund des § 573 RVO. gemachten Aufwendungen Ersatz zu verlangen, die über die Leistungen hinausgehen, die sie bei sonstigen, d. h. nicht durch einen Unfall verursachten Erkrankungen nach dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung und ihrer Satzung hätten gewähren müssen, und zwar bezieht sich der Abs. 1 des § 576 seiner Fassung nach auf diejenigen Fälle, in denen eine „Pflicht" zur Gewährung der Krankenhilfe durch die Krankenkassen, auch abgesehen von § 573 RVO., bestanden hat. Das sind die Regelfälle; denn im allgemeinen hat der gegen Krankheit Versicherte schon nach den Allgemeinen Vorschriften über die Krankenversicherung und der Kassensatzung Anspruch auf Krankenhilfe. In Ausnahmefällen besteht jedoch keine Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung der Krankenhilfe bei sonstigen, nicht durch einen Unfall verursachten Erkrankungen. Ein solcher Fall liegt hier vor; denn der Verletzte hätte vorliegendenfalls, abgesehen von § 573 der Reichsversicherungsordnung, keinen Anspruch auf Krankenhilfe gehabt, weil er noch vor Ablauf der auf Grund des § 451 RVO. in der Kassensatzung bestimmten Wartezeit erkrankt war (zu vgl. die Revisionsentsch. 2225, Amtl. Nachr. 1916 S. 578). Gleichwohl mußte ihn die Krankenkasse auf Grund des § 573 der Reichsversicherungsordnung, weil seine Krankheit Unfallfolge war, entschädigen (zu vgl. die Revisionsentsch. 2088, Amtl. Nachr. 1915 S. 669; § 4 der Bekanntm. des Reichsversicherungsamts vom 28. Juli 1916, Amtl. Nachr. 1916 S. 567). Ob die Kassen berechtigt sind, auch in diesen Fällen Ersatz ihrer Mehraufwendungen zu verlangen, könnte nach dem Wortlaut des § 576 Abs. 1 Satz 1 RVO. zweifelhaft sein; denn eine „Pflicht" der Krankenkassen, auch „sonst" Krankenhilfe zu gewähren, besteht dann nicht, wenn dem Verletzten bei sonstigen Erkrankungen Leistungen durch die Krankenkasse überhaupt nicht zu gewähren wären. Es bedurfte deshalb eines besonderen Hinweises in dieser Vorschrift, wenn man trotz der Wortfassung des Satzes 1 den Kassen auch in den Fällen einen Ersatzanspruch hinsichtlich ihrer Mehraufwendungen gewähren wollte, in denen sie sonst pflichtgemäß Leistungen nicht zu machen hatten. Diese Klarstellung ist durch den Absatz 2 des § 576 RVO. erfolgt, der vorschreibt, daß Abs. 1 „entsprechend" gilt, wenn der gegen Krankheit versicherte Verletzte keinen Anspruch auf Krankenhilfe hat.

Nach Abs. 1 Satz 1 des § 576 RVO. können die Krankenkassen, wie bemerkt, Ersatz ihrer auf Grund des § 573 RVO. gemachten Mehraufwendungen verlangen (zu vgl. die bezeichnete Entsch. 2226). Wenn im Abs. 2 des § 576 RVO. die „entsprechende" Anwendung dieser Vorschrift vorgeschrieben wird, so kann dies demnach nur die Bedeutung haben, daß auch in diesen Fällen die Krankenkassen Ersatz der lediglich durch den Unfall entstandenen Mehrlasten beanspruchen können. Richtig ist zwar, daß sich der Ersatzanspruch der Krankenkassen in den Fällen des § 573 Abs. 1 RVO. regelmäßig auf den sogenannten Unfallzuschuß beschränkt, weil hier im allgemeinen nur dieser Betrag über die sonstigen Verpflichtungen der Kasse hinausgeht. Daraus folgt aber nicht, wie die beklagte Berufsgenossenschaft annimmt, daß auch nach § 576 Abs. 2 nur dieser Zuschuß zu ersetzen ist. Denn die

Digitized by Google

Mehraufwendungen der Kasse bestehen in diesen Fällen nicht bloß in der Zahlung des nach § 573 RVO. erhöhten Kranken- oder Hausgeldes, vielmehr überschreiten ihre gesamten zugunsten des Verletzten gemachten Aufwendungen das Maß der Leistungen nach den allgemeinen Vorschriften über die Krankenversicherung, weil der Verletzte, abgesehen von § 573 RVO., Krankenhilfe überhaupt nicht beanspruchen könnte. Dies gilt nicht nur für die ganzen Barleistungen, sondern auch für die Krankenpflege und für die als Ersatzleistung gewährte Krankenhauspflege. Wollte man den Krankenkassen auch bei Anwendung des § 576 Abs. 2 nur den Ersatz eines Teiles ihrer baren Aufwendungen zugestehen, so würden ihnen in diesen Fällen tatsächlich die durch den Unfall verursachten Mehraufwendungen in der Hauptsache endgültig zur Last fallen. Das sollte aber vermieden werden, denn in der Begr. zu § 593 bis 596 des Entw. der RVO. (§§ 573 bis 576 RVO.) wird ausdrücklich als die Absicht des Gesetzes hervorgehoben, daß die Krankenkassen, abgesehen von ihrer Auslagepflicht, durch § 573 RVO. nicht stärker belastet werden sollen, als dies nach den Vorschriften über die Krankenversicherung geschieht (Begr. S. 294, 295). Diese Auffassung entspricht auch, soweit die Belastung der Krankenkassen in Frage kommt, im wesentlichen dem früheren Rechte, insbesondere den Vorschriften über die Leistungen bei Unfallerkrankungen unständig Beschäftigter. Denn Personen, deren Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist (zu vgl. auch § 441 RVO.), unterlagen nach § 1 des Krankenversicherungsgesetzes nicht der Krankenversicherungspflicht, und sie waren deshalb nach § 12 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes bei Unfallerkrankungen nicht von der Krankenkasse, sondern von dem Betriebsunternehmer zu entschädigen. Es bedeutet also keineswegs „einen völligen Bruch mit der historischen Entwicklung", wie die Berufungsschrift meint, wenn man annimmt, daß die Krankenkassen in den Ausnahmefällen des § 576 Abs. 2 RVO. von der endgültigen Tragung der Mehrlasten des Unfalls befreit sind. Auch aus den Ausführungen eines Vertreters der verbündeten Regierungen auf S. 55 des Kommissionsberichts (III. Teil) ist Gegenteiliges nicht herzuleiten. Wenn dort bemerkt wird, man habe den Krankenkassen den „Unfallzuschuß" nicht endgültig zur Last legen wollen, so folgt daraus nicht, daß sich der Ersatzanspruch der Krankenkasse in allen Fällen auf diesen Betrag beschränkt. Diese Bemerkungen bezogen sich offenbar nur auf den regelmäßigen und häufigsten Fall, daß die Mehraufwendung der Krankenkassen nach § 573 RVO. nur in dem Unfallzuschuß besteht; zu der Frage, ob die Kassen ausnahmsweise auch einen weitergehenden Ersatzanspruch haben können, wurde bei diesem Anlaß überhaupt nicht Stellung genommen. Man kann auch nicht einwenden, Satzungsbestimmungen, die auf Grund des § 451 RVO. für unständig Beschäftigte eine Wartezeit einführen, seien gegenüber § 573 RVO. oder den Ausführungen der vorbezeichneten Revisionsentsch. 2088 für Unfallverletzte als unwirksam zu erachten. Denn derartige Satzungsbestimmungen gelten und konnten vom Oberversicherungsamte nur genehmigt werden, vorbehaltlich des § 573 RVO., auch wenn dies in der Satzung nicht ausdrücklich hervorgehoben ist. Ferner ist der Einwand unbegründet, die Kasse könne nach § 576 RVO. in Fällen der vorliegenden Art deshalb keinen Ersatz beanspruchen, weil sie schon nach dem Gesetze, nämlich nach § 573 RVO. (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentsch. 2088), dem Unfallverletzten Leistungen gewähren müsse. Dabei wird übersehen, daß § 576 Abs. 1 Satz 1 RVO. zur Ermittlung des Umfanges des Ersatzanspruchs gerade zwischen den nach § 573 RVO. gewährten und den bei sonstigen Erkrankungen zu gewährenden Leistungen unterscheidet und den Krankenkassen einen Ersatzanspruch gerade insoweit gibt, als sie auf Grund des § 573 RVO. gesetzlich Mehraufwendungen machen mußten. Ob und in welchem Umfang der nach § 577 leistungspflichtige Unternehmer gegenüber der Berufsgenossenschaft bei Unfallerkrankungen ersatzberechtigt ist, war hier nicht zu entscheiden. Jedenfalls würde daraus, daß der Unternehmer, wie die beklagte Berufsgenossenschaft ausführt, in solchen Fällen bei den über die dreizehnte Woche nach dem Unfall sich erstreckenden Erkrankungen nur Ersatz des Unfallzuschusses verlangen kann, nicht folgen, daß auch die Krankenkassen in den Fällen des § 576 Abs. 2 RVO. in gleicher Weise hinsichtlich ihres Ersatzanspruchs beschränkt sind. Nach alledem ist eine Krankenkasse befugt, Ersatz ihrer gesamten Mehraufwendungen zu verlangen, wenn sie einem gegen Krankheit versicherten Verletzten, der keinen Anspruch auf Krankenhilfe hat, Leistungen nach § 573 RVO. gewährt (übereinstimmend Hahn, ArbVers. 1916 S. 178; Helms, Monatsschr. f. Arb. u. AngestVers. 1916 Sp. 231 bis 233; Monatsbl. für Arbeitervers. 1916 S. 98 bis 100). Zuzugeben ist, daß als Folge dieser Auffassung den Unternehmern bei den nicht über die dreizehnte Woche nach dem Unfall sich erstreckenden Entschädigungen unter Umständen erhebliche Aufwendungen durch Befriedigung des Ersatzanspruchs den Kassen entstehen können, namentlich wenn sie nicht gegen Haftpflicht versichert sind. Allein diese Feststellung kann gegenüber der gesetzlichen Regelung des Ersatzanspruchs der Kassen nicht ausschlaggebend ins Gewicht fallen. Dabei ist insbesondere zu beachten, daß der Unternehmer gegenüber dem bisherigen Rechte nicht unwesentlich begünstigt ist. Früher hatte er bei Unfallerkrankungen unständig Beschäftigter während der Wartezeit in der Regel die ganze Unfallast zu tragen (§ 12 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungs-

Digitized by Google

gesetzes); jetzt dagegen fällt bei den gegen Krankheit versicherten unständig Beschäftigten (§ 442 RVO.) der größte Teil der Aufwendungen für den Verletzten den Kassen zur Last, wenn nicht ausnahmsweise die Voraussetzungen des § 451 RVO. vorliegen, und der Unternehmer ist bei Unfällen, wenn dem Verletzten über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus eine Entschädigung zu leisten ist, überhaupt nicht ersatzpflichtig, sondern die Berufsgenossenschaft. . .

Ablauf der Frist zur Anmeldung des Anspruchs des Verletzten wirkt auch gegen die Versicherungsanstalt (oder Krankenkasse).

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 14. November 1916 (2934 Amtl. Nachr. 1917 S. 242).

War hiernach (nämlich wegen Versäumung der Anmeldefrist durch den Verletzten) der Entschädigungsanspruch des Klägers durch Fristablauf ausgeschlossen, so fragte es sich weiterhin, ob dieser Ausschluß auch der Versicherungsanstalt gegenüber, die sich am Rekursverfahren beteiligt hat, wirksam ist. Nach § 1523 RVO. kann die Versicherungsanstalt — wie nach § 1509 die Krankenkasse — die Feststellung der Unfallrente betreiben; sie kann gemäß § 1509 auch Rechtsmittel einlegen. Der Ablauf von Fristen, die ohne ihr Verschulden verstrichen sind — heißt es im Anschluß daran in § 1509 —, wirkt nicht gegen sie; dies gilt nicht für Verfahrensfristen, soweit die Versicherungsanstalt (Krankenkasse) das Verfahren selbst betreibt. Dieser Wortlaut des § 1509 ist in der Literatur (zu vgl. Lehmann, Anm. 6 zu § 1509) dahin ausgelegt worden, daß das Gesetz eine Gegenüberstellung von Fristen im allgemeinen und Verfahrensfristen im besonderen beabsichtige, und daß unter „Fristen", deren Ablauf nicht gegen die Krankenkasse (Versicherungsanstalt) wirke, auch die Ausschlußfristen der §§ 1546 ff. RVO. zu verstehen seien. Diese Auffassung erscheint indes nach der Entstehungsgeschichte des Gesetzes nicht begründet. Wie der Inhalt des § 1509 ergibt und die Begründung zu dem Entwurfe der Reichsversicherungsordnung hervorhebt, hat der zweite Satz des § 1509 in seinem ersten Teile die Vorschrift des bisherigen § 113 Abs. 3 des Invalidenversicherungsgesetzes übernommen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts unter der Herrschaft des alten Reichs, insbesondere nach der Rekursentscheidung vom 7. Juli 1903 (Amtl. Nachr. 1913 S. 513 Nr. 2016) sind unter der Bezeichnung Fristen im § 113 a. a. O. lediglich Rechtsmittelfristen zu verstehen. Wie in der bezeichneten Entscheidung ausgeführt und eingehend begründet ist, wird die Ausschlußfrist des § 72 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes (jetzt §§ 1546 ff. RVO.) durch den § 113 des Invalidenversicherungsgesetzes nicht betroffen, und stand der Versicherungsanstalt, nachdem der Anspruch des Entschädigungsberechtigten „verjährt" war, nicht mehr das Recht zu, ihrerseits ohne Rücksicht auf diese Verjährung die Ansprüche des Berechtigten im Feststellungs- oder Rechtsmittelverfahren zu verfolgen. Wenn gegenüber diesem Rechtszustande bei der Schaffung der §§ 1509 und 1523 RVO. eine Änderung in der bisherigen, dem Gesetzgeber bekannten Rechtsübung beabsichtigt gewesen wäre, wodurch in unerwünschter Weise die Erledigung von Entschädigungsansprüchen unter Umständen Jahre hindurch in der Schwebe erhalten würde, so hätte dies bei der großen praktischen Bedeutung der Frage in dem neuen Gesetze oder in seiner Begründung mit unzweifelhafter Deutlichkeit zum Ausdruck kommen müssen. Da aber die Begründung zum Entwurf ausdrücklich darauf hinweist, daß § 1509 den alten § 113 Abs. 3 des Invalidenversicherungsgesetzes übernehme, so ist vielmehr zu folgern, daß unter der Herrschaft des neuen Rechtes der Rechtszustand des alten Rechtes fortbestehen und nur insofern eine Erweiterung erfahren sollte, als nunmehr nicht nur die Versicherungsanstalt, sondern auch die Krankenkasse die Feststellung der Entschädigungsansprüche des Berechtigten betreiben kann. Mit der Auffassung, daß die Befugnis der Krankenkasse und Versicherungsanstalt nach wie vor von dem Anspruch des Entschädigungsberechtigten abhängig ist und nicht mehr besteht, sobald dieser Anspruch durch Fristablauf ausgeschlossen ist, steht auch der Wortlaut des § 1509 nicht im Widerspruche. Wenn darin im zweiten Satze von Fristen die Rede ist, deren Ablauf nicht gegen die Krankenkasse wirken soll, so können darunter nur solche Fristen verstanden werden, die im Feststellungs- oder im Rechtsmittelverfahren laufen, von dem der erste Satz des § 1509 handelt, nicht aber die bereits vor dem Feststellungsverfahren laufende Frist für die Anmeldung des Anspruchs, von deren Innehaltung der materielle Bestand des Anspruchs selbst abhängig ist. Der Ausdruck Verfahrensfristen im zweiten Halbsatz des § 1509 RVO. kann danach nicht auf die Absicht, eine Gegenüberstellung von Fristen und Verfahrensfristen zu schaffen, zurückgeführt werden. Diese Auffassung findet auch darin eine Stütze, daß der bezeichnete Halbsatz sich in dem unveröffentlichten Entwurf einer Reichsversicherungsordnung vom Januar 1909 überhaupt noch nicht findet, vielmehr erst nachträglich zugefügt worden ist. Lediglich hierdurch ist offenbar die verschiedene Ausdrucksweise in das Gesetz hineingetragen worden, ohne daß ein begrifflicher Unterschied beabsichtigt gewesen wäre. Da hiernach der Ausschluß des Anspruchs durch Fristablauf auch gegenüber der Landesversicherungsanstalt wirkt, so war dem Rekurse der Landesversicherungsanstalt der Erfolg zu versagen. Beide Rekurse waren mithin zurückzuweisen.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Berechnung der Frist aus § 1253 Satz 1 RVO. vom Eingange des Antrags bei der Ortsbehörde oder beim Versicherungsamt?

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Arnsberg** vom 23. Dezember 1916.

Das Oberversicherungsamt hat den Anspruch des Klägers, ihm die Rente schon vom Beginne der 27. Woche nach dem Eintritt der Invalidität, das ist vom 10. März 1915 ab oder doch spätestens vom Tage des Eingangs seines Rentenantrags beim Amte in U., das ist vom 22. Juli 1915 an, zu gewähren, nicht als berechtigt anerkennen können; denn dieser Forderung steht § 1253 RVO. entgegen, wonach länger als auf ein Jahr rückwärts vom Eingang des Antrags gerechnet, keine Rente gezahlt wird. Maßgebend für die Berechnung dieser Frist ist im vorliegenden Falle mit Rücksicht darauf, daß nach § 1613 die Anträge auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an das Versicherungsamt zu richten sind, der Tag des Einganges des Rentenantrags beim Versicherungsamt in S. Nun ist der Antrag des Klägers auf Bewilligung der Invalidenrente ausweislich der Akten der Landesversicherungsanstalt Westfalen am 19. September 1916 beim Versicherungsamt in S. eingegangen: mithin hat der Kläger frühestens vom 19. September 1915 ab Anspruch auf Rente. Daran kann der Umstand nichts ändern, daß Kläger lediglich aus Unkenntnis der betreffenden gesetzlichen Vorschriften und mit Rücksicht darauf, daß er während der Lazarettbehandlung in seiner körperlichen Bewegungsfreiheit beschränkt war, den Antrag erst so spät gestellt hat, denn Unkenntnis des Gesetzes entschuldigt nicht, und wenn der Kläger während der Lazarettbehandlung infolge körperlicher Gebrechlichkeit wirklich nicht in der Lage war, persönlich beim Versicherungsamt vorstellig zu werden, so hätte er seinen Anspruch schriftlich anmelden müssen. Der Antrag des Klägers, für die Berechnung der einjährigen Frist des § 1253 RVO. den Tag des Einganges seines Antrags beim Amte in H. maßgebend sein zu lassen, ist unbegründet. Bei Gemeindebehörden können die Ansprüche — entgegen dem früheren Rechte — in Preußen nicht mehr rechtswirksam angemeldet werden. Die Gemeinde- und Ortspolizeibehörden haben nach dem Erlasse des Herrn Ministers für Handel und Gewerbe vom 29. August 1912 (HMBl. S. 472/12) die Anträge der Versicherten lediglich aufzunehmen und an das zuständige Versicherungsamt weiterzugeben, die Rechtswirkungen des § 1253 treten durch die Annahme des Antrags bei der Ortsbehörde nicht ein, dafür ist vielmehr ganz allein der Eingang des Antrags beim Versicherungsamt ausschlaggebend.

Anmerkung: Wir halten diese Entscheidung für unrichtig und unbillig. Zu vgl. unsere Auskunft in Heft 7 S. 168 Ziff. 6.

Keine Anrechnung von Ersatztatsachen auf die Wartezeit nach Eintritt des Versicherungsfalls.

Rev. Entsch. des **Sächs. Landesversicherungsamts** v. 24. Februar 1917 (J. R. 5/17).

Ein Versicherter wurde zum Kriegsdienste eingezogen und am 17. September 1914 verwundet. Er war seitdem ununterbrochen arbeitsunfähig. Sein Anspruch auf Krankenrente wurde abgelehnt, weil bis zum Ablauf der 26. Woche seit der Verwundung, also bis zum 17. März 1915, einschließlich 51 Militärdienst- und 26 Krankheitswochen nur 180 Wochen nachgewiesen waren, die Anrechnung weiterer Krankheitswochen aber nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1894 ausgeschlossen sei. Wie die Berufung, so blieb auch die Revision des Versicherten ohne Erfolg. Gründe:

Voraussetzung des Anspruchs auf Invalidenrente ist unter anderem der Ablauf der Wartezeit, § 1251 RVO. Sie muß erfüllt sein bis zum Eintritt des Versicherungsfalles. Mit diesem tritt Versicherungsfreiheit ein, und es wird damit eine weitere Beitragsleistung oder der Eintritt anrechenbarer Ersatztatsachen, Militärdienst- und Krankheitswochen, ausgeschlossen (siehe § 1236 der RVO.). Da diese Vorschrift nicht, wie das frühere Recht zwischen dauernder und vorübergehender Invalidität unterscheidet, ist auch bei der letzteren die Anrechnung weiterer Krankheitswochen mit dem Eintritte des Versicherungsfalles, also mit dem Beginne der 27. Krankheitswoche, unmöglich geworden, wie das vom Reichsversicherungsamte in der angeführten Entscheidung überzeugend dargelegt worden ist. Es ist auch durchaus nicht als eine Forderung der Billigkeit anzuerkennen, daß für die vorübergehende Invalidität mildere Anforderungen hinsichtlich der Berechnung der Wartezeit gelten als für die dauernde Invalidität. Die Vorschrift des § 1393 verbunden mit § 1394 Abs. 2 der RVO. bestimmt die Anrechnungsfähigkeit der Krankheitswochen bis zu einem Jahre für versicherte Personen. Sie behandelt sie als Ersatz der Beitragswochen. Sind die Beiträge ausgeschlossen, so sind es auch die Ersatztatsachen.

Anmerkung: Zu vgl. die im gleichen Sinne ergangene Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts 1894 Amtl. Nachr. 1914 S. 693 — abweichend von der auf dem älteren Recht beruhenden Rev. Entsch. 817 Amtl. Nachr. 1900 S. 673.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Kriegswochenhilfe für Mütter unehelicher Kinder.

In Heft 7 der ArbVers. v. 1. März 1917 ist S. 167/168 (vgl. auch Heft 13 vom 1. Mai 1917 S. 312) auf eine Anfrage die Auskunft gegeben worden, daß der Anspruch auf Kriegswochenhilfe der unehelichen Mutter erst von dem Zeitpunkt an zustehe, wo der Lieferungsverband die Familienunterstützung bewilligt habe. Nach meiner Ansicht besteht kein Anlaß zu einer so einschränkenden Auslegung des Gesetzes. Zwar bestimmt der § 3 der Bekanntmachung des Bundesrats betr. Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges vom 23. April 1915: Die Wochenhilfe ist auch für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers zu leisten, wenn es auf Grund des § 2 Abs. 1c des Gesetzes vom 28. Februar 1888 in der Fassung des Gesetzes vom 4. August 1914 unterstützt wird. Danach ist es in der Tat richtig, daß die Gewährung der Familienunterstützung im allgemeinen die Voraussetzung des Anspruchs auf Wochenhilfe ist. Der Grund dafür sind aber nach den amtlichen Erläuterungen zu der Bekanntmachung nur die Schwierigkeiten, die der einigermaßen sicheren Feststellung der Vaterschaft namentlich dann entgegenstehen, wenn der angebliche Vater des unehelichen Kindes im Felde abwesend ist. Aus dem Grunde schien die Regelung am unbedenklichsten, die Wochenhilfe für uneheliche Mütter dann zu gewähren, wenn der Lieferungsverband Familienunterstützung für das uneheliche Kind bewilligt hat, weil er bei der Frage der Unterstützung die Vorfrage der Vaterschaft schon geprüft haben muß. Nun dürfte aber der weitherzigen Auffassung, daß die Familienunterstützung nicht unter allen Umständen Voraussetzung ist, in solchen Fällen nichts entgegenstehen, wo die Vaterschaft ohne weiteres klar zutage liegt. Zu dieser Auslegung muß man vor allem in solchen Fällen kommen, wo es eine reine Formensache wäre, eine Entscheidung des Lieferungsverbandes über die Familienunterstützung herbeizuführen. Man denke an den Fall, daß das uneheliche Kind am Tage nach der Geburt stirbt. Alle Voraussetzungen für die Kriegswochenhilfe liegen vor, der uneheliche Vater hat vor dem Vormundschaftsgericht in vollstreckbarer Urkunde die Vaterschaft anerkannt, und sich zum Unterhalt verpflichtet. Soll wirklich die uneheliche Mutter, nur um der Form zu genügen, gehalten sein, eine Entscheidung des Lieferungsverbands über die Unterstützung des Kindes für die 2 Tage, während der es gelebt hat, herbeiführen? Ähnlich liegt der Fall in der in der ArbVers. behandelten Sache. Der Lieferungsverband hat die Unterstützung für das am 10. September 1916 geborene Kind vom 2. Oktober 1916 an bewilligt. Damit hat er die Vaterschaft als bewiesen betrachtet. Die Gründe, weshalb er die Unterstützung erst vom 2. Oktober an bewilligt, können mannigfaltig sein. Manche Lieferungsverbände geben die Unterstützung beispielsweise grundsätzlich nur vom Tage der Antragstellung an, um die Berechtigten zur rechtzeitigen Einbringung der Anträge zu erziehen und nicht nach Monaten erst erörtern zu müssen, ob die Voraussetzungen für die Unterstützung früher vorgelegen haben. Sie rechtfertigen diesen Grundsatz damit, daß die Vermutung des Lebens dafür spricht, daß der Antrag alsbald nach Eintritt der Bedürftigkeit gestellt wird und daß auf der anderen Seite die tatsächliche Vermutung bei verspätetem Antrag vorliegt, daß vorher keine Bedürftigkeit bestanden hat. Eine solche Geschäftshandhabung des Lieferungsverbandes kann aber nicht dazu führen, die Wöchnerin um die ganze Kriegswochenhilfe zu bringen, die vor der Zeit der Unterstützungsbewilligung fällig gewesen ist, insbesondere die nicht unerheblichen Entbindungskosten. Der § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 sagt ja auch nicht, daß Wochenhilfe zu leisten ist, „solange" oder „für die Zeit, während der" Familienunterstützung gewährt wird. Er bestimmt vielmehr: die Wochenhilfe ist zu gewähren, „wenn" das Kind unterstützt wird. Mit demselben Recht, mit dem man der Wöchnerin die vor der Bewilligung der Familienunterstützung fällige Wochenhilfe streichen wollte, müßte man auch die nach ihrem Fortfall fälligen Beträge entziehen, z. B. wenn das Kind nach 8 Tagen stirbt. Dann müßte, da dann dem Kind die Unterstützung nicht mehr weiter gewährt wird, auch das Wochengeld und das Stillgeld eingestellt werden. Das nimmt aber auch Liebrecht, Zweifelsfragen aus der Praxis der Kriegswochenhilfe, Preußisches Verwaltungsrecht Jahrgang 37 S. 17/18, nicht an. Aber auch noch eine weitere Erwägung spricht für die Auslegung, der ich das Wort rede. Es gibt nämlich Fälle, in denen ein Anspruch auf Familienunterstützung überhaupt nicht besteht, während alle Voraussetzungen der Wochenhilfe vorliegen. Ich denke an den Fall, daß eine zum Heeresdienst eingezogene Person sich der Fahnenflucht schuldig macht oder eine mehr als sechsmonatige Gefängnisstrafe oder eine härtere Strafe verbüßt. Nach § 11 des Gesetzes betr. die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften vom $\frac{\text{28. Februar 1888}}{\text{4. August 1914}}$ steht ein Anspruch auf Familienunterstützung nicht zu, während nach dem Erlaß des preuß. Ministers des Innern vom 13. März 1917 (abgedruckt ArbVers. Heft 12 vom 21. April 1917 S. 279) Wochenhilfe gewährt werden soll. Vertritt man den strengen Standpunkt, daß bei Nichtgewähr der Familienunterstützung auch Wochenhilfe nicht zusteht, dann können die Mütter von unehelichen Kindern, deren Vater fahnenflüchtig oder in dem oben angegebenen Sinne bestraft ist, nie die Wochenhilfe bekommen, während sie eheliche Mütter erhalten, ein Ergebnis, das der Billigkeit nicht entspricht und gewiß auch vom Gesetzgeber nicht gewollt ist.

Jedenfalls wäre es bei der Zweifelhaftigkeit der Frage und bei der Bedeutung, die sie in der Praxis hat, sehr erwünscht, wenn sie ein Erlaß des Reichskanzlers klarstellte.

Assessor Dr. Erbe in Ronneburg S.-A.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Rechnungsergebnisse der Unfallversicherung für das Jahr 1915.

Aus den Nachweisungen über die gesamten Rechnungsergebnisse der Träger der Unfallversicherung für das Jahr 1915 (Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 1) sind folgende Mitteilungen bemerkenswert: In der Organisation der Unfallversicherung sind Veränderungen nicht eingetreten. Nur die Zahl der Ausführungsbehörden von Gemeindeverbänden und Gemeinden erhöhte sich von 372 im Jahre 1914 auf 378 im Jahre 1915. Bei den 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften verminderte sich in der gleichen Zeit die Zahl der versicherten Betriebe von 835 939 auf 789 078 und die der Beschäftigten von 9 451 618 auf 7 547 338. In den gewerblichen Berufsgenossenschaften wurden 173 424 versicherte Unternehmer nachgewiesen, darunter 156 519 zwangsweise versicherte. Hinsichtlich der 49 land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften werden die schon vor Jahren getroffenen Schätzungen des Umfanges weiter geführt. Es sollen vorhanden sein 5 485 800 Betriebe mit 17 403 000 versicherten Personen. In diesen Zahlen dürften aber 3,3 Millionen Personen, die gleichzeitig in gewerblichen Betrieben mit beschäftigt sind, doppelt erscheinen. Im Dienste der gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften waren 7273 Mitglieder der Genossenschafts- und Sektionsvorstände, 24 858 Vertrauensmänner, 5103 Verwaltungsbeamte, 453 technische Aufsichtsbeamte und 1894 Vertreter der Versicherung zur Beratung der Unfallverhütungsvorschriften.

In der Summe der tatsächlich verdienten Löhne trat bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften von 1914 zu 1915 eine Verminderung von 9 906 664 941 ℳ auf 8 433 062 501 ℳ ein. Bei den einzelnen Berufsgenossenschaften ist die Abnahme recht verschieden: sie richtet sich natürlich nach dem Maße, in dem der in Frage kommende Berufszweig unter den Kriegswirkungen gelitten hat. Bei der Ziegelei-Berufsgenossenschaft fielen die Summen von 146 381 240 ℳ auf 65 045 610 ℳ, bei der Sächsischen Textilberufsgenossenschaft von 196 010 261 ℳ auf 147 995 343 ℳ. Bei einigen Berufsgenossenschaften der Metallindustrie trat sogar eine Steigerung der Summe der gezahlten Löhne ein, so z. B. bei der Rheinisch-Westfälischen Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft von 334 189 764 ℳ auf 372 988 399 Mark, bei der Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft von 347 270 158 ℳ auf 373 478 234 ℳ. Da bei beiden Berufsgenossenschaften die Zahl der durchschnittlich beschäftigten Personen zurückgegangen ist, ist die Erhöhung der Gesamtsumme nur auf die Erhöhung des Lohnes der einzelnen Arbeiter zurückzuführen.

Die gezahlten Entschädigungen verringerten sich erstmalig, und zwar bei den 117 Berufsgenossenschaften von 161 476 256 ℳ im Jahre 1914 auf 156 816 452 ℳ im Jahre 1915. Ganz besonders abgenommen haben die Kosten der Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit, also der ersten 13 Wochen nach dem Unfall, nämlich von 947 141 ℳ auf 647 426 ℳ. Es verminderten sich noch die Kosten der Unfalluntersuchungen, Feststellung der Entschädigungen, Überwachung der Rentenempfänger von 5 229 841 ℳ auf 4 292 523 ℳ, die Kosten des Rechtsganges (Verfahren bei den Oberversicherungsämtern usw.) von 852 072 ℳ auf 667 673 ℳ, Kosten der Unfallverhütung von 2 447 902 ℳ auf 1 856 565 ℳ usw. Ungefähr gleichgeblieben ist die Tilgung und Verzinsung schwebender Schulden und die Ausgaben für die laufende und besondere Verwaltung. So ergibt sich, daß, umgerechnet auf den einzelnen Versicherten, die laufenden Verwaltungskosten sich bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften von 1,48 ℳ im Jahre 1914 auf 1,82 ℳ im Jahre 1915 erhöhten. Die Gesamtausgaben bei den 117 Berufsgenossenschaften verminderte sich von 205 auf 197 Mill. ℳ.

Die Einnahmen bei den 117 Berufsgenossenschaften erhöhten sich von 200,2 Mill. ℳ im Jahre 1914 auf 201,7 Mill. ℳ im Jahre 1915. Das wesentlichste dabei sind die Umlagebeiträge. Diese betrugen im Jahre 1915 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 123 243 935 ℳ, bei den landwirtschaftlichen 42 931 855 ℳ. Erheblich vermindert waren die Einnahmen aus Strafgeldern, nämlich von 228 836 ℳ im Jahre 1914 auf 53 970 ℳ im Jahre 1915 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften. Dagegen erhöhten sich die Entschädigungsersatzansprüche, und zwar bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften von 689 626 ℳ auf 730 592 ℳ.

Die Zahl der gemeldeten Unfälle hat entsprechend der verminderten Zahl der Versicherten abgenommen, und zwar bei den Berufsgenossenschaften von 704 973 im Jahre 1914 auf 592 504 im Jahre 1915, die Zahl der erstmalig entschädigten Unfälle verminderte sich von 124 086 auf 96 227. Unter letzteren befanden sich 8969 Unfälle mit tödlichem Ausgang und 644 Unfälle mit der Folge einer dauernden völligen Erwerbsunfähigkeit. Die Zahl der von tödlich verletzten Personen hinterlassenen Entschädigungsberechtigten, die im Berichtsjahr die Rente erhalten haben, betrug 17 258. Wie bei der vermehrten Heranziehung der weiblichen und jugendlichen Arbeiter zur Erwerbstätigkeit nur erklärlich ist, hat die Zahl der Unfälle dieser stark abgenommen. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften vermehrte sich die Zahl der erwachsenen weiblichen Personen, für die zum ersten Male Entschädigungen festgesetzt wurden, von 2727 auf 3098, die der jugendlichen unter 16 Jahren von 2538 auf 2894. Leider fehlen Zahlen darüber, wieviel von den beschädigten männlichen und wieviel von den weiblichen Personen Unfälle erleiden. Offenbar ist aber bei den weiblichen das Verhältnis weit günstiger. Das hat seine Gründe darin, daß die Frauen mit weniger gefährlichen Arbeiten beschäftigt werden und im allgemeinen eine größere körperliche Gewandheit und Geschicklichkeit besitzen. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften vermehrte sich die verhältnismäßige Zahl aller Verletzten, für die Unfallanzeigen erstattet wurden, von 54,40 auf 1000 Versicherte im Jahre 1914 auf 56,71 im Jahre 1915. Von den 50 119 entschädigungspflichtigen gewerblichen Unfällen ereignete sich der größte Teil, nämlich 11 757 an Motoren, Transmissionen und Arbeitsmaschinen, sodann 7738 durch Zusammenbruch, Einsturz, Herab- oder Umfallen von Gegenständen, weiter 6539 durch Fall von Leitern, Treppen, in Vertiefungen, auf ebener Erde usw., weiter 5169 durch Auf- und Abladen, Heben und Tragen usw. In der landwirtschaftlichen

Digitized by Google

Unfallversicherung entsteht rund ein Viertel der entschädigungspflichtigen Unfälle durch Fall von Leitern, Treppen, auf ebener Erde usw.

Die Allgemeine Verwaltung der gewerblichen Berufsgenossenschaften erforderte die Summe von 13 996 793 ℳ, die der landwirtschaftlichen 4 748 899 ℳ. Hierzu kommt noch für die besondere Verwaltung bei ersteren 2 147 365 ℳ, bei letzteren 32 812 ℳ. Es wurde noch aufgewendet für die Unfallverhütung bei ersteren 1 703 215 ℳ, bei letzteren 153 349 ℳ, für die Unfalluntersuchung und Feststellung der Entschädigung (insbesondere für die Ärzte) bei ersteren 2 922 029 ℳ, bei letzteren 1 370 494 ℳ, für den Rechtsgang (Oberversicherungsämter und Reichsversicherungsamt usw.) bei ersteren rund 600 000 ℳ, bei letzteren 107 000 ℳ.

Der Vermögensbestand (ohne Rücklage und Einrichtungsgegenstände) betrug bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 172 396 092 ℳ, bei den landwirtschaftlichen 45 471 674 ℳ. Dazu tritt die Rücklage, und zwar bei ersteren mit 338 Mill. ℳ und bei letzteren mit 23 Mill. ℳ. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften nahm die Rücklage um 9 401 703 ℳ ab, bei den landwirtschaftlichen nahm sie um 1 800 909 ℳ zu. Die Abnahme ist darauf zurückzuführen, daß das Reichsversicherungsamt verschiedenen Genossenschaften die Inangriffnahme der Rücklage gestattete. Der Bericht enthält noch einige statistische Berechnungen und Vergleiche mit den Ergebnissen früherer Jahre.

Die Geschäftsergebnisse der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Jahre 1915.

Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist jener Versicherungszweig, der unter den Kriegsfolgen am meisten zu leiden hat. Neben der Abnahme der Beitragseinnahme kommt bei ihr noch eine gewaltige Erhöhung der Ausgaben dazu. Aus der Nachweisung des Reichsversicherungsamts über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten für das Geschäftsjahr 1915 ist zu entnehmen, daß bei den 31 Versicherungsanstalten im Jahre 1915 die Einnahme an Beiträgen 203 253 047 ℳ betrug. Das sind 38 288 692 ℳ oder 16 v. H. weniger als im Vorjahr. Die Zahl der eingehobenen Wochenbeiträge verminderte sich von 680 749 917 auf 584 583 723 oder um 14,1 v. H. Die durchschnittliche Höhe des Wochenbeitrags verringerte sich von 35,5 Pf. auf 34,7 Pf. Diese Abnahme ist auf den großen Eintritt geringer bezahlter weiblicher Personen an Stelle der männlichen zurückzuführen. Noch ungünstiger als bei den Versicherungsanstalten hat der Krieg bei den Sonderanstalten auf die Beitragseinnahme eingewirkt. Sie ist von 25 638 212 ℳ im Jahre 1914 auf 20 742 091 ℳ, also um 19,1 v. H., zurückgegangen. Die Zahl der Wochenbeiträge verminderte sich von 58 901 345 auf 48 193 396, also um 18,2 v. H. Zusatzmarken sind insgesamt für 26 774 ℳ verkauft worden; davon für 803 ℳ von den Sonderanstalten. Die gemäß § 1233 Abs. 2 RVO. von den Arbeitgebern solcher russischer oder österreichischer Arbeiter, denen der Aufenthalt im Inland nur für eine bestimmte Dauer behördlich gestattet ist, direkt an die Versicherungsanstalt gezahlten Beiträge haben im Jahre 1915 sich auf 728 086 ℳ für 5 691 744 Wochen belaufen. Die Gesamteinnahme aus Nutzungen von Grundstücks- und baulichen Anlagen und der beweglichen Einrichtung betrug im Berichtsjahr 3 153 509 Mark. Insgesamt haben im Jahre 1915, mit Einschluß der Kursgewinne und -verluste, die Einnahmen betragen bei den Versicherungsanstalten 280 586 531 ℳ, bei den Sonderanstalten 28 694 910 ℳ, bei allen Versicherungsträgern zusammen 309 281 442 M.

Die Zahl der eingegangenen Quittungskarten belief sich im Jahre 1915 auf 10 938 866, darunter 38 385 für Selbstversicherung. Die Nr. 1 trugen 1 260 750 Karten, darunter 2925 für Selbstversicherung. Sämtliche Zahlen sind gegen die Vorjahre erheblich zurückgegangen. Die Sonderanstalten ziehen die Beiträge bar ein, sie haben also keine Quittungskarten. Eine Ausnahme macht die Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherungskasse der See-Berufsgenossenschaft (Seekasse), die ebenfalls Quittungskarten und -marken verwendet.

Aus der Organisation der Versicherung ist bemerkenswert, daß bei allen Versicherungsträgern 353 Mitglieder der Vorstände (darunter 89 Vertreter der Arbeitgeber und 122 Vertreter der Versicherten), 60 Hilfsarbeiter der Vorstände, 3196 im Kassen-, Bureau- und Kanzleidienst beschäftigte Personen, 364 mit niederen Dienstleistungen betraute Personen, 472 Überwachungsbeamte, 630 Mitglieder der Ausschüsse, 2311 in Heilstätten, Invalidenhäusern und Waisenhäusern beschäftigte Personen und 1831 Markenverkaufsstellen vorhanden waren. Mit der Einziehung der Beiträge gemäß §§ 1447 bis 1456 RVO. waren rund 3500 Stellen beauftragt, und zwar 2734 Krankenkassen, 47 Knappschaftsvereine oder -kassen und 717 andere Einzugsstellen ausschließlich der örtlichen Hebestellen. Am weitesten ausgestaltet dürfte das Einzugsverfahren im Kgr. Sachsen sein, wo sich 1185 Einzugsstellen, fast ausschließlich Krankenkassen, befinden.

An Leistungen wurden bewilligt von allen Versicherungsträgern 101 160 Invalidenrenten, 17 490 Krankenrenten, 11 715 Altersrenten, 11 941 Witwenrenten, 107 995 Renten für Waisenstämme, 34 887 Witwengelder, 1415 Waisenaussteuern, 38 Zusatzrenten. Im Vorjahre 1914 wurden 130 618 Invalidenrenten bewilligt; für die gewaltige Abnahme von rund 30 000 ist kein Grund ersichtlich. Eine wesentliche Zunahme fanden nur die Waisenrenten, von denen im Jahre 1914 nur 30 240 festgesetzt wurden. Beitragserstattungen auf Grund des früheren Invalidenversicherungsgesetzes kamen noch 18 zur Erledigung. Das Heilverfahren (§ 1269 RVO.) wurde infolge des Krieges erheblich eingeschränkt, zumal die meisten Versicherungsträger ihre Heilstätten der Heeresverwaltung für Lazarettzwecke zur Verfügung gestellt hatten.

Trotzdem erhöhte sich die Ausgabe der Versicherungsträger, namentlich infolge der beträchtlichen Aufwendungen für Kriegswohlfahrtspflege. Es wurde gezahlt an Renten die Summe von 211 523 196 ℳ. Davon entfallen auf die Versicherungsanstalten 143 707 779 ℳ, auf das Reich (Reichszuschuß) 67 815 417 ℳ. An einmaligen Leistungen (Witwengelder, Waisenaussteuern) wurden 2 726 524 ℳ aufgewendet. Davon entfallen auf die Versicherungsanstalten 997 273 ℳ, auf das Reich 1 729 250 ℳ. Diese erheblich höheren Reichszuschüsse bei den einmaligen Leistungen sind sehr bemerkenswert. Die Zahlungen für Invalidenrenten nach § 1255 Abs. 1 RVO. haben im Jahre 1915 gegen das Vorjahr um mehr als 3 Mill. Mark zugenommen, die Zahlungen für Krankenrenten (§ 1255 Abs. 3 RVO.) um etwa 1½ Mill. Mark. Dagegen sind an Altersrenten über 200 000 ℳ weniger gezahlt worden als im Vorjahr. Bei den Invalidenrenten sind in

Digitized by Google

mehr als 20 000 Fällen, bei den Krankenrenten in mehr als 7000 Fällen Kinderzuschüsse (§ 1291 RVO.) gewährt worden. Die Ausgaben für Hinterbliebenenrenten stiegen im Jahre 1915 auf annähernd 14 Mill. Mark (im Jahre 1914 wurden nur annähernd 6 Mill. Mark ausgegeben), wovon fast 11½ Mill. Mark auf Waisenrenten entfielen.

Die Ausgaben für Heilverfahren haben gegenüber dem Vorjahr eine Erhöhung um etwa 6 Mill. Mark auf 36 019 643 ℳ erfahren. Durch Zuschüsse und Beihilfen sind den Versicherungsträgern 4 073 713 ℳ wieder zugeflossen, wovon die Krankenkassen am meisten, nämlich mit 3 243 476 ℳ beteiligt waren. An Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Personen sind als Hausgeld (§§ 1271 und 1305 RVO.) zusammen 1 312 554 ℳ gezahlt worden. Für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung gemäß § 1274 RVO. wurden im ganzen 1 407 917 ℳ ausgegeben.

Die Invalidenhauspflege (§ 1277 RVO) wurde von 29 Versicherungsträgern, darunter 3 Sonderanstalten, durchgeführt. Sie erforderte insgesamt 2 254 820 ℳ Aufwendungen. Durch Einbehaltung der Renten wurden 642 080 ℳ ersetzt und durch Ersatzleistungen und Zuschüsse von anderer Seite 132 657 ℳ erstattet, so daß den Versicherungsträgern aus der Durchführung der Invalidenhauspflege eine endgültige Ausgabe von 1 480 082 ℳ erwachsen ist. Ganz besonders tritt auf diesem Gebiete die Versicherungsanstalt Rheinprovinz hervor, die im Berichtsjahr allein 375 143 ℳ Gesamtkosten für die Invalidenhauspflege nachweist. Es folgen dann Schlesien und Westfalen mit je rund 200 000 ℳ. Bemerkenswert ist, daß die Versicherungsanstalt Berlin diese Fürsorge überhaupt nicht mehr betreibt.

Die Waisenhauspflege wurde von 15 Versicherungsträgern durchgeführt. Sie hatten 181 339 ℳ Aufwendungen dafür. Da hierzu 18 087 ℳ an Waisenrenten und sonstigen Zuschüssen verwendet wurden, beläuft sich die Reinausgabe auf 163 252 ℳ. Hervorragendes leistet auf diesem Gebiete die Versicherungsanstalt der Hansestädte, die allein 125 932 ℳ dafür aufwendete. Thüringen wendete rund 10 540 ℳ dafür auf. — Die Mehrleistungen auf Grund des § 1400 RVO. (erhöhte Aufwendungen für die Angehörigen der in Heilbehandlung genommenen Versicherten) betrugen 827 966 ℳ. Dieser Posten ist gegen die Vorjahre sehr zurückgegangen.

Die allgemeine Verwaltung aller Versicherungsträger erforderte die Summe von 16 329 305 Mark. Davon entfallen 12 927 492 ℳ auf persönliche und 3 401 813 ℳ auf sächliche Aufwendungen. Hierzu kommen die Ausgaben für die Erhebungen bei Gewährung und Entziehung der Leistungen (namentlich der Renten) in Höhe von 1 609 193 ℳ und die Kosten für das Berufungs-, Revisions- und Beschwerdeverfahren in Höhe von 318 286 ℳ. Weiter kosteten die Beitragsmarken und Quittungskarten 308 899 ℳ., die Einziehung der Beiträge 2 547 652 ℳ, die Beitragskontrolle 2 111 682 ℳ. Die Verwaltungskosten sind, wie leicht erklärlich, fortgesetzt gestiegen: auf je 1000 ℳ Gesamteinnahmen entfielen im Jahre 1900 rund 64 ℳ, im Jahre 1915 aber 75 ℳ.

Das Reinvermögen aller Versicherungsträger wird mit 2 354 539 656 ℳ angegeben. Davon entfallen 27 314 394 ℳ Kassenbestände oder Bankguthaben, 2 591 963 410 ℳ Wertpapiere nach dem Nennwert, 105 676 909 ℳ Grundstücke, 8 599 690 ℳ Wert der beweglichen Einrichtungen usw. Von dem Rohvermögen gehen 349 Mill. Mark Schuldverpflichtungen ab. Von 1000 ℳ Vermögen waren 10 ℳ im Kassenbestande, 948 ℳ in Wertpapieren und Darlehn, 39 ℳ in Grundstücken und 3 ℳ in beweglichen Einrichtungen angelegt. Der jährliche Zinsertrag der Wertpapiere und Darlehen betrug 100 480 216 ℳ oder durchschnittlich 3,92 v. H. Letzterer ist fortgesetzt gestiegen; im Jahre 1900 betrug er z. B. 3,53 v. H.

Der durchschnittliche Jahresbetrag der Renten stellte sich im Berichtsjahr bei allen Versicherungsträgern wie folgt: Invalidenrente 202,20 ℳ, Krankenrente 204,50 ℳ, Altersrente 170,19 ℳ, Witwenrente 80,35 ℳ, Waisenrente eines Waisenstammes 73,85 ℳ, Zusatzrente 1,42 ℳ. Ein Witwengeld betrug im Durchschnitt 79,25 ℳ, eine Waisenaussteuer 22,45 ℳ. Der Schwerpunkt der Rentenbewilligungen liegt bei den Invalidenrenten in den Altersstufen der Versicherten von 50—69 Jahren, bei den Krankenrenten in den Altersstufen unter 40 Jahren. Bei den Witwenrenten kommen hauptsächlich die Alter über 50 Jahren in Betracht. Die Festsetzung der Waisenrenten ergab, daß der verstorbene Ernährer meist zwischen 25 und 39 Jahren stand. Der Bericht enthält sonst noch manche bemerkenswerte Einzelheit, auf die hier nicht eingegangen werden kann.

Das schwedische Arbeiterunfallversicherungsgesetz vom 10. Juni 1916.*)

Die Mängel des seit dem 1. Juni 1903 in Kraft befindlichen Unfallgesetzes machten sich mehr und mehr geltend, da es sich bei dem Erlaß jenes ersten Gesetzes mehr um einen Versuch auf dem Gebiete der sozialen Unfallgesetzgebung als um eine endgültige Lösung handelte. Schon im Jahre 1903, also während des ersten Jahres der Gültigkeit jenes Gesetzes, richtete die schwedische Reichsversicherungsanstalt an die Kgl. Regierung eine Eingabe um Änderung des Gesetzes bezüglich der Ausdehnung der Versicherung auf die Zeit vor Erfüllung der Wartezeit wie auf Entschädigung von Unfällen, die nicht bei der Arbeit eingetreten sind. Eine Beratung über Änderung des Gesetzes wurde bereits am 22. Januar 1907 von dem damaligen Direktor der Zivilabteilung der Reichsversicherungsanstalt angeregt. Ein am 10. Januar 1908 von der Reichsversicherungsanstalt erstattetes Gutachten wurde am 28. Oktober 1910 dem Altersversicherungsbeschluß zur Beratung zusammen mit der Erörterung der allgemeinen Alters- und Invaliditätsversicherung überwiesen. Auf den am 19. Oktober 1915 vom Ausschuß erstatteten Bericht hin legte die Kgl. Regierung nach Anhörung verschiedener Behörden und Sachverständiger am 10. April 1916 dem schwedischen Reichstag einen Gesetzentwurf über die Arbeiterunfallversicherung vor, der mit verschiedenen Änderungen am 7. Juni 1916 angenommen wurde. Am 17. desselben Monats wurde das Gesetz vom König bestätigt. Es weicht besonders hinsichtlich der Umgrenzung des Kreises der Versicherten von dem vorhergehenden ab, wie auch dadurch, daß die Entschädigungen erhöht und nach der Höhe des Arbeits-

*) In dieser gekürzten und nach sachlichen Gesichtspunkten geordneten Form mit obigen Vorbemerkungen von Herrn John May, Präsidenten der schwedischen Reichsversicherungsanstalt, dem Reichs-Arbeitsblatt zur Verfügung gestellt und von dort (Nr. 1 von 1917 S. 74 ff.) hier abgedruckt.

Digitized by Google

verdienstes festgesetzt worden sind. Die Wartezeit für die Zwangsversicherung ist auf 35 Tage angesetzt. Anstatt der Haftpflicht der Arbeitgeber ist die allgemeine Versicherungspflicht eingeführt worden. Nur während der ersten 35 Tage nach dem Unfall ist die Ersatzpflicht der Arbeitgeber bestehen geblieben. Schweden hat durch Annahme dieses neuen Gesetzes ein modernes soziales Unfallversicherungsgesetz erhalten, das einen Vergleich mit den entsprechenden Gesetzen anderer Länder aushält und sie in mancher Beziehung übertrifft. Besonders ist die weitgehende Ausdehnung der Versicherungspflicht, die alle Arbeiter oder gegen Entgelt für Rechnung anderer Beschäftigte mit einem jährlichen Gehalt bis zu 5000 Kr. umfaßt, hervorzuheben. In Europa hat, abgesehen vom Deutschen Reich, nur Dänemark seit dem 30. Juni d. J. ein obligatorisches Unfallversicherungsgesetz ähnlichen Umfanges. Hier ist die höchste Gehaltsgrenze auf 3000 Kr. festgesetzt.

Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Jeder Arbeiter ist, sofern nicht nachfolgende Ausnahmen festgesetzt sind, gemäß vorliegendem Gesetz gegen Schaden infolge Unfalls bei der Arbeit versichert.

Die Kosten der Versicherung werden von den Arbeitgebern bestritten. Beiträge zu den Unkosten erfolgen aus Staatsmitteln.

§ 2. Nach dem Gesetz gilt als Arbeiter jeder gegen Entgelt für Rechnung eines anderen Beschäftigte, sowie jeder, der entsprechende Arbeiten ohne Lohn zur Erlangung gewerblicher Ausbildung leistet, wie Lehrlinge, Eleven und dergl.

Als Arbeiter nach dem Gesetze werden jedoch nicht betrachtet:

a) diejenigen, die ihre Arbeit in der eigenen Wohnung oder an einem von ihnen selbst bestimmten Arbeitsplatz ausführen,
b) die Kinder und die Eltern des Arbeitsgebers.
c) diejenigen, deren Entlohnung durch den Arbeitgeber, auf Jahresentgelt umgerechnet, 5000 Kr. übersteigt,
d) die Minderjährigen unter 12 Jahren,
e) diejenigen, die gelegentlich von jemand beschäftigt werden, der sonst keinen Arbeiter beschäftigt.

§ 3. Der König kann Arbeiter des Staates oder der Gemeinden, die Entschädigungen für Unfälle bei der Arbeit erhalten, welche den Entschädigungen nach diesem Gesetze im wesentlichen entsprechen, von diesem Gesetz ausnehmen.

§ 4. Die Versicherung soll in der Reichsversicherungsanstalt stattfinden; doch kann auch in den eigens dazu gebildeten gegenseitigen Unfallversicherungsanstalten, deren Mitglieder Arbeitgeber sind und für deren Verpflichtungen die Mitglieder mit unbegrenzter, persönlicher Verantwortung haften, Versicherung genommen werden.

§ 5. Für das ganze Reich wird ein gemeinsamer Versicherungsrat eingesetzt, bei welchem Beschwerden und Anstände bezüglich der Entschädigungsfestsetzungen wie der sonstigen Beschlüsse der Reichsversicherungsanstalt oder der gegenseitigen Versicherungsgesellschaften einzureichen sind.

Entschädigungen.

A. Bei vorübergehenden Krankheiten und Invalidität.

§ 6. Ist ein Arbeiter infolge Unfalls bei der Arbeit verletzt worden, so erhält er auf Grund der Zwangsversicherung:

1. im Falle, daß der Unfall eine Krankheit herbeiführte, die eine 35 Tage (nach dem Tage des Unfalls) übersteigende volle oder teilweise Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit bewirkte, von dem sechsunddreißigsten Tage an und solange die Krankheit dauert:

a) die erforderliche ärztliche Pflege wie die Heilmittel und andere zur Hebung der Arbeitsfähigkeit notwendige Sachgüter wie Krücken, einfachere künstliche Glieder, Brillen u. dergl.,
b) Krankengeld für jeden Tag, und zwar bei Verlust der Arbeitsfähigkeit im Betrage von ⅔ des täglichen Arbeitsverdienstes des Beschädigten, oder bei Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit einen dementsprechenden geringeren Betrag. Krankengeld wird jedoch nur bezahlt, wenn die Arbeitsfähigkeit um mindestens ¼ herabgesetzt ist.

2. wenn der Unfall nach Heilung der durch ihn verursachten Krankheit, gleichviel ob diese 35 Tage dauerte oder nicht, eine längere oder kürzere Zeit währende volle oder teilweise Herabsetzung der Arbeitstage herbeiführte:

Leibrente in der Höhe eines Jahresbetrages, der bei vollem Verlust der Arbeitsfähigkeit zwei Dritteln des jährlichen Arbeitsverdienstes des Unfallbeschädigten entspricht bzw. bei teilweiser Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit einen entsprechend geringeren Betrag ausmacht. Leibrente wird jedoch nicht gezahlt, wenn die Arbeitsfähigkeit um weniger als um ein Zehntel herabgesetzt worden ist.

Wenn besondere Gründe vorliegen, kann der Versicherungsrat auf Ansuchen des Beschädigten anstatt der Festsetzung einer Leibrente die Zahlung einer einmaligen Entschädigungssumme an den Beschädigten beschließen und zwar in einer Höhe, welche höchstens dem Kapitalwert der Leibrente nach allgemeingültigen Berechnungsmaßstäben entspricht.

§ 37. 3. Wenn ein Arbeiter infolge Unfalls bei der Arbeit einen Leidesschaden erlitten hat, so hat er für die Dauer seiner Krankheit, soweit sie in die ersten 35 Tage nach dem Tage des Unfalls fällt, Anspruch auf Krankenhilfe durch den Arbeitgeber laut der oben unter 1 a) und b) angegebenen Grundsätze. Bezüglich der Entschädigungen während dieser Zeit ist für die Arbeitgeber keine Versicherungspflicht festgesetzt; der Unternehmer kann jedoch eine freiwillige Versicherung wegen dieses Risikos bei der Reichsversicherungsanstalt oder bei den Arbeitgeberanstalten beantragen.*)

Das tägliche Krankengeld für die ersten 35 Tage soll betragen:

a) 1 Kr., wenn für den Beschädigten laut Gesetz der allgemeinen Pensionsversicherung entweder ein Pensionsbeitrag von drei (3) Kr. festgesetzt worden ist, oder wenn ein Pensionsbeitrag nicht festgesetzt ist (wie das bei Schätzung des Einkommens auf weniger als 500 Kr. der Fall ist),
b) 1,25 Kr., wenn der Pensionsbeitrag 5 Kr. beträgt (bei Schätzung des Einkommens auf 500 bis 799 Kr.),
c) 1,75 Kr., wenn der Pensionsbeitrag auf 8 Kr. festgesetzt ist (bei Schätzung des Einkommens auf 800 bis 1199 Kr.),
d) 2,50 Kr. wenn der Pensionsbeitrag 13 Kr. beträgt (bei Schätzung des Einkommens auf 1200 Kr. oder darüber).

Das Krankengeld wird jedoch nur gezahlt, wenn die Krankheit länger als 3 Tage nach dem Tage des Unfalls dauert.

*) Bis zur Durchführung des besonderen Gesetzes über Krankenversicherung gültig (Übergangsbestimmung).

Digitized by Google

B. Beim Todesfall.

§ 7. Wenn der Unfall den Tod des Arbeiters zur Folge gehabt hat, umfaßt die Entschädigung:

1. Begräbnishilfe in der Höhe von einem Zehntel des jährlichen Arbeitsverdienstes des Gestorbenen, jedoch mindestens 60 Kr.;

2. Leibrenten an die Hinterbliebenen, nämlich

a) an die Witwe oder den Witwer, wenn die Eheschließung mit dem oder der Verstorbenen vor dem Unfall erfolgt ist, eine Leibrente vom Zeitpunkt des Todes des Verunglückten an, solange der Empfangsberechtigte sich nicht wieder verheiratet, in Höhe eines Jahresbetrages, der einem Viertel des jährlichen Arbeitsverdienstes entspricht;

b) an jedes minderjährige Kind des Gestorbenen, gleichviel ob es in oder außer der Ehe geboren ist, eine Leibrente im Betrage eines Sechstels des jährlichen Arbeitsverdienstes des Verstorbenen vom Zeitpunkt des Todes des Verunglückten an, bis zum 15. Lebensjahre des Kindes;

c) an den Vater oder die Mutter des Gestorbenen, oder falls beide leben, an beide gemeinschaftlich, sofern sie für ihren Unterhalt von der Arbeit des Gestorbenen hauptsächlich abhängig gewesen sind und eine andere, zur Leibrente berechtigte Person nicht vorhanden ist, eine Leibrente zum Jahresbetrage von einem Viertel des Arbeitsverdienstes des Verunglückten.

Wenn die Leibrenten an die Hinterbliebenen, umgerechnet auf den Jahresbetrag, insgesamt über zwei Drittel der jährlichen Einnahme des Gestorbenen betragen würden, so sind die Beträge im Verhältnis zu dem auf jeden Leibrentenempfänger entfallenden Anteil auf diese Gesamtsumme herabzusetzen, solange die Gründe zu dieser Herabsetzung fortdauern:

An die Witwe oder den Witwer, welche Leibrente genießen und vor vollendetem 60. Jahre eine neue Ehe eingehen, kann an Stelle einer Leibrente eine einmalige Kapitalzahlung erfolgen, die dem Betrage von drei Vierteln des jährlichen Arbeitsverdienstes des Gestorbenen entspricht.

§ 9. Wenn der jährliche Arbeitsverdienst 1800 Kr. übersteigt, wird der übersteigende Betrag nicht berücksichtigt. Erreicht der jährliche Arbeitsverdienst 300 Kr. nicht, so soll er zu dieser Höhe angesetzt werden.

Unter dem täglichen Arbeitsverdienst wird ein Dreihundertfünfundsechzigstel ($^1/_{365}$) des jährlichen Arbeitsverdienstes verstanden.

§ 10. Die zuständige Versicherungsanstalt ist berechtigt, den Unfallverletzten in Anstaltspflege zu bringen und zur Deckung der Kosten vom Krankengelde im Höchstfalle die Hälfte in Abzug zu bringen. Ein Leibrentenempfänger, der dem Trunke ergeben ist, kann anstatt der Leibrente eine Entschädigung in Sachleistungen erhalten und, wenn er einwilligt, in einem Altersversorgungshause, einem Kinderheime oder in anderen dergl. Anstalten untergebracht werden.

§ 11. Begräbnishilfe und Kapitalbeträge werden so bald als möglich ausbezahlt; das Krankengeld wird für jede Kalenderwoche am letzten Tage der Woche gezahlt.

Leibrente wird für jeden Monat — vom Tage, an welchem die Berechtigung zur Leibrente eingetreten ist, gerechnet — am ersten Tage des Monats ausbezahlt. Für den Monat, in welchem die Berechtigung zur Leibrente aufgehört hat oder die Leibrente eine Verringerung erfahren hat, besteht eine Rückzahlungspflicht nicht.

Versicherungsbeiträge.

§ 15. Die Versicherungsbeiträge sind laut Gesetz von der Versicherungsanstalt nach versicherungstechnischer Berechnung wie unter Rücksichtnahme auf die Gefährlichkeit der Arbeit im allgemeinen als auch mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse, unter welchen sie betrieben wird, so festzusetzen, daß sie zur Deckung des Risikos, das der Versicherungsanstalt erwächst, ausreichen. Zum Versicherungsbeitrag soll bei Versicherung in der Reichsversicherungsanstalt und in den gegenseitigen Arbeitgebergesellschaften noch ein Zuschlag der den Unkosten der Versicherung entspricht, hinzukommen.

§ 16. Als Beitrag zu den Unkosten des Versicherungsrates und der Tätigkeit der Reichsversicherungsanstalt soll für jede Versicherung bei der Reichsversicherungsanstalt eine Zuschlagsgebühr von 5 v. H. des Versicherungsbeitrages, ohne Rücksicht auf den Abzug nach § 11 dieses Gesetzes erhoben werden. Auch die gegenseitigen Arbeitgebergesellschaften sind verpflichtet, an den Staat für die während des Finanzjahres bei der Gesellschaft genommenen Versicherungen einen Beitrag zu obengenannten Unkosten zu erlegen, welcher 3 v. H. der Summe der Versicherungsbeiträge ohne Rücksicht auf den Abzug nach § 11 dieses Gesetzes *) entspricht.

§ 17. Der Arbeitgeber ist dem Versicherungsrat und wenn die Versicherung bei der Reichsversicherungsanstalt genommen wird, auch der Anstalt gegenüber verpflichtet, Angaben über die Art der Beschäftigung der Versicherten wie über die Verhältnisse, unter welchen sie ausgeführt wird, zu machen, ferner auch die Anzahl der Arbeiter, die Arbeitszeit und die Löhnungsverhältnisse, welche für die Bestimmung der Versicherungsbeiträge oder der Entschädigungssummen notwendig sind, anzugeben.

Die Reichsversicherungsanstalt ist berechtigt, um die Versicherungsbeiträge und die Entschädigungssummen festsetzen zu können, von den Lohnlisten und -verzeichnissen Kenntnis zu nehmen und von den Behörden, welche die gewerbliche Aufsicht ausüben, Untersuchung der Verhältnisse, unter welchen die Arbeit ausgeübt wird, zu verlangen, oder wenn besondere Eile notwendig ist, solche Untersuchung selbst vorzunehmen. Dieselben Befugnisse kommen auch dem Versicherungsrat zu.

§ 19. Das Zahlungsverfahren wie die Zeit der Zahlung der Versicherungsbeiträge an die Reichsversicherungsanstalt werden vom König und vom Reichstag bestimmt. Diejenigen Beiträge, welche nicht in vorgeschriebener Art bezahlt sind, werden von dem Staat erhoben und mit dem gleichen Verfahren, wie es für die Eintreibung der Rückstände der Staatssteuern vorgeschrieben ist, beigetrieben. Die Versicherungsbeiträge fallen einem Fonds zu, der nach Grundsätzen verwaltet wird, die vom König und dem Reichstag bestimmt werden.

Besondere Bestimmungen.

§ 24. Entschädigung wird gemäß Gesetz nicht bezahlt, wenn der Unfall vorsätzlich von dem Beschädigten verursacht ist. Auch wenn der Unfall, der

*) Der in dieser gekürzten Wiedergabe des Gesetzes nicht mit abgedruckte § 11 setzt fest, daß Unterstützungen, die auf Grund eines anderen Gesetzes, einer anderen Verordnung oder einer anderweiten Versicherung fällig sind, unter bestimmten Umständen von der Entschädigung abgezogen werden dürfen.

Die übrigen Unkosten des Versicherungsrates und der Reichsversicherungsanstalt werden aus Staatsmitteln bestritten.

Digitized by Google

den Tod des Verletzten herbeigeführt hat, vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit der oder des Hinterbliebenen verursacht ist, darf diesen keine Entschädigung ausgezahlt werden.

§ 25. Ist der Beschädigte den geltenden Anordnungen und Vorschriften für Unfallverhütung nicht nachgekommen, und ist es als nachgewiesen anzusehn, daß er sich grober Nachlässigkeit schuldig gemacht hat, oder ist der Unfall dadurch verursacht, daß der Beschädigte von starken Getränken berauscht war, so kann die Entschädigung in angemessener Weise herabgesetzt werden.

Dasselbe gilt, wenn der Verletzte den Anordnungen und den Vorschriften für Krankenhaus- und ärztliche Pflege, die ihm geleistet wird, nicht nachgekommen ist, wie auch in dem Falle, daß er keine Anzeige von dem Unfall erstattet hat.

§ 27. Ist jemand, der zum Empfang von Krankengeld oder von Leibrente gemäß Gesetz berechtigt ist, nicht schwedischer Staatsbürger und ist er nicht in Schweden ansässig, so ist die Versicherungsanstalt mit Zustimmung des Beschädigten anstatt der Krankengeld- oder Leibrentenzahlung berechtigt, ihm eine einmalige Summe auszuzahlen, welche höchstens 50 v. H. und mindestens 20 v. H. des Kapitalwertes der Entschädigung nach den geltenden Berechnungsgrundsätzen entspricht. Die Entschädigung kann auch ohne Einwilligung des Beschädigten in Zahlung eines Kapitals bis zu 50 v. H. des Kapitalwertes umgewandelt werden.

Hat der Unfall den Tod verursacht und war der Gestorbene nicht schwedischer Staatsbürger oder nicht in Schweden ansässig, so wird die Begräbnishilfe nur dann ausbezahlt, wenn der Unfall den Tod binnen drei Monaten herbeigeführt hat. Rente oder Kapital wird an den Hinterbliebenen, der nicht schwedischer Untertan ist, nur gezahlt, wenn jener zu der Zeit des Unfalls in Schweden ansässig war.

Von diesen Vorschriften kann der König, unter Voraussetzung der Gegenseitigkeit Ausnahmen für Untertanen gewisser Länder gestatten.

§ 28. Der gegenseitigen Arbeitgebergesellschaft liegt es ob, jedes Jahr binnen 8 Monaten nach Ablauf des Jahres an die Reichsversicherungsanstalt nach einem von der Anstalt festgestellten Vordruck über die Arbeitgeber, welche während des Jahres der Gesellschaft angehört haben, über die von diesen beschäftigten Arbeiter, die während des Jahres in der Gesellschaft versichert gewesen sind, und über eingetretene Unfälle bei der Arbeit Mitteilung zu machen, wie auch im übrigen auf Verlangen der Anstalt oder des Versicherungsrates jederzeit über Arbeitgeber, Arbeiter oder Unfälle Auskunft zu geben. Die Gesellschaft ist auch verpflichtet über Eintritt neuer Arbeitgeber in die Gesellschaft oder den Austritt von Mitgliedern Mitteilung an die Reichsversicherungsanstalt zu machen.

Beschwerde.

§ 33. Über die Beschlüsse der Reichsversicherungsanstalt oder einer gegenseitigen Arbeitgebergesellschaft kann betreffs der Entschädigung oder sonst betreffs der Auslegung gewisser Bestimmungen des Gesetzes Klage bei dem Versicherungsrat erhoben werden.

Die Beschlüsse des Versicherungsrates, gegen welche kein weiterer Einspruch erhoben werden kann, werden kostenfrei mitgeteilt.

Freiwillige Versicherung.

§ 35. Bei der Reichsversicherungsanstalt können von den Arbeitgebern auch andere Arbeiter als die, für welche das Gesetz die Versicherung vorsieht, gegen Unfall bei der Arbeit versichert werden. Auch hat die Reichsversicherungsanstalt das Recht, die in der Anstalt gegen Unfall bei der Arbeit schon versicherten Arbeiter mit dem Recht auf Entschädigung während der 35 ersten Tage zu versichern, wie auch diese Arbeiter gegen Unfall außer der Arbeit zu versichern. Eine solche Versicherung kann auch von der gegenseitigen Arbeitgebergesellschaft abgeschlossen werden.

Vereinbarungen über andere Versicherungen oder Versicherungen zu höheren Entschädigungen als die, welche in dem Gesetz vorgeschrieben sind, dürfen von der Reichsversicherungsanstalt oder von der gegenseitigen Arbeitgebergesellschaft nicht abgeschlossen werden.

Das Gesetz tritt am 1. Januar 1918 in Kraft.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

a) Die Ehefrau des Kriegsteilnehmers als „Haushaltsvorstand"; b) Hausgeld neben Kriegsfamilienhilfe.

1. Nach Darmstadt. Antwort: a) Die Satzung bestimmt, daß gewissen im Haushalt des Versicherten lebenden Angehörigen Familienhilfe gewährt wird, sofern der Versicherte „Vorstand des Haushalts seiner Familie" ist. Im ehelichen Haushalt wird die Stellung als Vorstand allerdings regelmäßig dem Manne zuzuerkennen sein. Denn ihm steht die Entscheidung in allen das gemeinschaftliche eheliche Leben betreffenden Angelegenheiten, insbesondere die Bestimmung des Wohnorts und der Wohnung zu (§ 1354 BGB.) und er übt die väterliche Gewalt über die minderjährigen Kinder aus (§ 1626). Aber die Frau ist berechtigt und verpflichtet, das gemeinschaftliche Hauswesen zu leiten und in diesem Wirkungskreise den Mann zu vertreten (§§ 1356, 1357); auch übt, im Falle der Behinderung des Vaters, die Mutter die elterliche Gewalt aus (§ 1685). Unter diesen rechtlichen Gesichtspunkten rechtfertigt es sich, die Frau als Haushaltsvorstand anzusehen, wenn der Mann durch Leistung von Kriegsdiensten für nicht absehbare Zeit an der

Digitized by Google

Ausübung der Hausherrenrechte behindert ist und die Frau im Hauswesen und gegenüber den darin lebenden Angehörigen tatsächlich die Stellung des Oberhauptes einnimmt. Daher hat sie, als Mitglied der Kasse, auch Anspruch auf die satzungsmäßige Krankenhilfe für ihre Kinder.

b) Für die Zeit der ihr gewährten Krankenhauspflege hat die versicherte Frau Anspruch auf das Hausgeld, wenn sie bisher von ihrem Arbeitsverdienst mindestens mehr als die Hälfte der Unterhaltskosten ihrer Kinder bestritten hat (§ 186 RVO.; Entsch. d. RVA. in ArbVers. 1915 S. 375). Bei der Ermittlung, ob dies der Fall ist, ist es nicht gerechtfertigt, den ganzen Betrag der Kriegsfamilienhilfe, den die Frau für sich und ihre Kinder empfängt (66 ℳ), in Betracht zu ziehen, sondern es ist festzustellen, welcher Betrag davon auf die Kinder entfällt; und andererseits ist schätzungsweise festzustellen, wieviel von dem Arbeitsverdienste der Frau auf den Unterhalt der Kinder verwendet worden ist. Übersteigt dieser letztere den Betrag der Unterstützungsgelder für die Kinder, so ist der Anspruch auf Hausgeld begründet.

Verjährung und Erlaß eines Ersatzanspruchs aus § 1542 RVO.

2. Nach Bünde. Frage: Kann aus § 1542 RVO. noch ein Ersatzanspruch geltend gemacht werden aus einer im Dezember 1915 vorgekommenen Verletzung beim Fallen auf Glatteis? Bei der Zweifelhaftigkeit des Anspruchs ist s. Z. auf diesen verzichtet, doch ergeben sich jetzt Umstände, welche Aussicht auf Erfolg versprechen.

Antwort: Der Tatbestand, auf den der Schadenersatzanspruch gegründet werden soll, ist aus der Frage nicht hinreichend ersichtlich. Wir können aber wohl annehmen, daß es sich um einen Anspruch wegen widerrechtlicher Verletzung der Gesundheit eines Versicherten durch fahrlässiges Verhalten handelt (§§ 823, 843 BGB.). Ein solcher Anspruch verjährt gegenüber der Kasse, auf die er nach § 1542 RVO. übergegangen ist, in derselben Frist wie gegenüber dem Schuldigen. Die Frist beträgt drei Jahre von dem Zeitpunkte an, in welchem der Verletzte von dem Schaden und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt hat (§ 852 BGB.). Ob der Anspruch etwa durch den in Frage erwähnten „Verzicht" erloschen ist, können wir nicht ersehen. Es würde nur der Fall sein, wenn ein Schulderlaßvertrag im Sinne des § 397 BGB. vorläge.

Erhebung von Gebäudesteuern von Geschäftshäusern der Krankenkassen.

3. Nach Hersfeld. Frage: Unterliegen die Geschäftshäuser der Krankenkassen in Preußen der Gebäudesteuerpflicht (Kommunalabgaben)? Hahn sagt in seinem Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 2 zu § 25 RVO., daß in Preußen die Sache im Prinzip der in der Beratungskommission des Gesetzes gestellten Anträge, wonach die Versicherungsträger von allen Staats- und Gemeindesteuern, insbesondere auch für den ihren Zwecken dienenden Grundbesitz befreit sein sollten, geregelt sei.

Antwort: In einer Entscheidung v. 6. Juli 1898 hat das preuß. OVG. zwar angenommen, daß den Versicherungsanstalten durch die Verwendung ihrer Gebäude für ihre körperschaftlichen Zwecke, durch Einrichtung von Bureauräumen und Dienstwohnungen ein steuerpflichtiges Einkommen aus Grundvermögen nicht erwächst (Entsch. 33 S. 46); aber Freiheit von den Realsteuern — Grund- und Gebäudesteuern — steht ihnen nicht zu, weil sie nicht zu den kommunalen Verbänden im Sinne des § 24 des Kommunalabgabengesetzes v. 14. Juli 1893 gehören (Entsch. v. 20. August 1898, Preuß. Verw. Bl. 20 S. 214; zu vgl. auch Hanow, Anm. 8 zu § 4 RVO.). Gleiches muß aus gleichen Gründen auch für die Krankenkassen gelten.

Krankenaufsicht im Krankenhause.

4. Nach M. Antwort: Es ist nicht zweifelhaft, daß der Versicherte sich die Beaufsichtigung durch die Krankenkasse und die von ihr bestellten Krankenbesucher nach Maßgabe der Krankenordnung auch während seines Aufenthaltes im Krankenhause gefallen lassen müßte. Aber die Heilanstalten haben doch ihr eigenes Personal an Ärzten und Aufsehern und werden es der Regel nach nicht ohne Grund für nicht verträglich mit ihrer Hausordnung ansehen, daß Außenstehende eine Einmischung in die inneren Verhältnisse der Anstalt, insbesondere die Überwachung der Kranken in Anspruch nehmen. Eine Krankenkasse, die einen Versicherten dem Krankenhause überweist, überträgt hierdurch der Krankenhausverwaltung auch die Aufsicht über den Versicherten. Jedenfalls fehlt es an jeder gesetzlichen Handhabe für die Kasse, die Zulassung ihrer Krankenbesucher zur Beaufsichtigung von Anstaltsinsassen gegenüber der Krankenhausverwaltung zu erzwingen.

Kosten der Beförderung einer erkrankten Versicherten in ihre Wohnung.

5. Nach Sande (Bergedorf). Antwort: Die Kosten der Beförderung der Versicherten, die im Unfalluntersuchungstermin an einem Ohnmachtsanfall erkrankt ist, nach ihrer Wohnung können der Krankenkasse nur dann zur Last fallen, wenn die Beförderung zu dem Zwecke erfolgte, die Kranke in ärztliche Behandlung überzuführen; denn in diesem Falle handelte es sich um eine zur Erlangung ärztlicher Behandlung notwendige Maßnahme, für die die Kasse ebenso aufkommen muß, wie sonst für eine notwendige Reise des Kranken zum Arzt. Ist aber ärztliche Behandlung nicht notwendig geworden, so läßt sich ein Anspruch gegen die Kasse auf Ersatz der Beförderungskosten aus § 182 RVO. oder aus irgendeiner anderen gesetzlichen Vorschrift nicht herleiten. — Die anderen von der Kasse vorgebrachten Ablehnungsgründe würden für sich allein nicht durchgreifen.

a) Pflicht der Kasse zur Lieferung teurer „Patentbrillen"? b) Ausscheiden aus der Ersatzkasse durch Berufsveränderung?

6. Nach Barmen. Antwort: a) Für die Leistungspflicht der Ersatzkassen ist, soweit die Satzung nicht anders bestimmt, in gleicher Weise wie für die Krankenkassen im Sinne der RVO. der Grundsatz als geltend anzusehen, daß ärztliche Behandlung und Heilmittel nur in den Grenzen des Notwendigen zu gewähren sind. Daher ist die Kasse nicht verpflichtet, die Mehrkosten für teuere Brillengläser („Patentgläser" verschiedener Art) zu tragen, wenn tatsächlich durch billigere Gläser der Zweck der Heilung oder die Behebung der Arbeitsunfähigkeit gleichfalls erreicht werden kann. Dadurch, daß der Arzt die kostspieligeren Gläser „verordnet" hat, ist selbstverständlich noch nicht bewiesen, daß sie „notwendig" waren; es könnte sein, daß sie nur bequemer und angenehmer sind. Über diese Frage wird ein unbeteiligter ärztlicher Sach-

Digitized by Google

verständiger gehört werden müssen. Ebenso liegt die Frage, ob „der Mehrpreis im richtigen Verhältnis zum größeren Schwert der Gläser" steht, außerhalb unseres Berufs zur Beurteilung.

b) Bei einer Ersatzkasse hat die Satzung nicht nur über den Beginn, sondern auch über die Beendigung der Mitgliedschaft zu bestimmen (§ 20 des Ges. über private Versicherungsunternehmungen; Begr. S. 62). Stellt sie die Voraussetzung einer bestimmten Berufszugehörigkeit nur für die Aufnahme, also für den Beginn der Mitgliedschaft auf, so folgt daraus nicht ohne weiteres, daß mit dem Wegfall der Voraussetzung auch die Mitgliedschaft endet. Ganz besonders wird daher die Fortdauer der Mitgliedschaft im Fall einer nur durch den Krieg veranlaßten, also voraussichtlich nicht dauernden Berufsänderung anzunehmen sein, wenn das Mitglied und die Ersatzkasse darüber einig sind. Dies muß dann auch die Ortskrankenkasse gelten lassen, bei der die Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. ruhen.

Verhalten der Kasse, wenn die Pflicht zur Zahlung des Unfallzuschusses zweifelhaft ist.

7. Nach L. Antwort: Ein Anspruch auf Ersatz des Unfallzuschusses läßt sich gegen die Lagerei-Berufsgenossenschaft nicht begründen. Nach Ihrem eigenen Vorbringen ist die Behauptung, daß diese Genossenschaft die Kasse in den Glauben versetzt habe, es handle sich um einen gewerblichen Betriebsunfall, nicht gerechtfertigt. Denn Sie geben selbst an, daß die Genossenschaft die Kasse „vertröstet" habe, weil „die Ermittlungen noch nicht abgeschlossen seien". Daraus mußte die Kasse im Gegenteil entnehmen, daß die Genossenschaft einstweilen ihre Pflicht, den Unfall zu entschädigen, nicht anerkennen konnte, weil die Sache noch nicht klargestellt sei. Es war eben zweifelhaft, ob der Unfall sich in einem gewerblichen oder in einem landwirtschaftlichen Betriebe ereignet hatte. Traf letzteres zu, so galt der § 573 RVO. nicht, und die Kasse hatte keinen Unfallzuschuß zum Krankengelde zu gewähren. Zweifel in dieser Richtung hatte die Kasse selbst aufzuklären, unter Beachtung des § 9 der Bek. v. 28. Juli 1916 (ArbVers. 1916 S. 639). Konnte auf diesem Wege der Zweifel nicht behoben werden, so mußte die Kasse den Zuschuß einstweilen versagen. Wenn nun der landwirtschaftliche Betriebsteil des Spediteurs erst nach dem Unfall der Lagerei-Berufsgenossenschaft überwiesen wurde, vorher also zur landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft gehört hatte, so ist nicht einzusehen, weshalb die Kasse wegen des ohne rechtlichen Grund gezahlten Zuschusses von der Lagerei-Berufsgenossenschaft sollte Ersatz fordern können. Sie kann sich nur an den Empfänger halten.

Weiterversicherung eines durch Wechsel der Beschäftigung nach § 169 RVO. versicherungsfrei Gewordenen.

8. Nach Be. Antwort: Wenn dem zur Heeresverwaltung übergetretenen Versicherten für den Fall der Erkrankung Fortbezug des Gehalts für 26 Wochen zugesichert ist, so ist das, dem Zwecke der Zusicherung gemäß, so zu verstehen, daß die 26 Wochen entsprechend dem § 183 RVO. zu berechnen sind und folglich Versicherungsfreiheit nach § 169 besteht. Daraus folgt nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (ArbVers. 1915 S. 162, 821) das Recht des aus der Versicherungspflicht Ausgeschiedenen, sich nach § 313 weiter zu versichern, und zwar bei der Kasse, der er bis dahin angehörte. Ist ihm also der Fortbezug des Gehaltes für den Krankheitsfall alsbald beim Übertritt zur Heeresverwaltung gewährleistet worden, so findet die Weiterversicherung nur bei der früheren Kasse statt; ist aber die Gewährleistung erst später erfolgt, so ist der Beschäftigte zunächst Pflichtmitglied der für den Betrieb der Heeresverwaltung zuständigen Kasse geworden und kann sich daher, infolge der erst später eingetretenen Versicherungsfreiheit, nur bei dieser Kasse weiterversichern.

Ersatzleistung an den Armenverband schließt einen Anspruch eines nicht von der Kasse beauftragten Arztes aus.

9. Nach D. 100. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse erhielt außerhalb des Kassenbezirks auf der Flucht im Jahre 1914 einen feindlichen Schuß und wurde wegen Hilfsbedürftigkeit nach gesetzlicher Pflicht vom zuständigen Magistrat (Armenverband) 15 Tage in einem Krankenhaus unterstützt. Dann starb das Mitglied. Wir leisteten dem Magistrat auf Erfordern Ersatz in gesetzlicher Höhe gemäß §§ 1531—1533, 1503 RVO. Nun erhebt ein Arzt, der den Genannten an den fraglichen 15 Tagen im Krankenhaus behandelt hat, Anspruch auf Honorar für seine ärztlichen Bemühungen. Wir bitten um Mitteilung, ob der Anspruch gerechtfertigt ist. Auf unsern ablehnenden Bescheid hat der Arzt den ordentlichen Rechtsweg beschritten.

Antwort: Einen Nichtkassenarzt braucht die Kasse außer in dringenden Fällen nicht zu bezahlen (§ 368 RVO.). Ein dringender Fall hat möglicherweise vorgelegen, und dann kann allerdings dem behandelnden Arzt ein unmittelbarer Anspruch nach den Grundsätzen über Geschäftsführung ohne Auftrag oder über ungerechtfertigte Bereicherung (§§ 679, 683, 812, 818 Abs. 2 BGB.) zustehen. Aber die Voraussetzungen hierfür lagen nicht vor. Die erforderliche Krankenpflege wurde vom Armenverband gewährt und daher fiel für den Arzt der Anlaß fort, eine Fürsorge zu üben, zu deren Gewährung die Kasse an sich verpflichtet gewesen wäre. Diese hat auch dem Armenverband den ihm gesetzlich zustehenden Ersatz geleistet, so daß sie nicht mehr ungerechtfertigt bereichert ist. Wenn der Arzt den Kranken im Krankenhaus behandelt hat, so hat er dies offenbar im Auftrage der Krankenhausverwaltung oder des Armenverbandes getan. An einen von diesen beiden mag er sich halten, wenn er glaubt, Ansprüche zu haben.

Fortdauer des Vorstandsamtes trotz Fortfalls der Wählbarkeit.

10. Nach Velbert. Antwort: Das Mitglied des Kassenvorstandes verliert durch den Verlust der Wählbarkeit nicht ohne weiteres sein Amt; hierzu bedarf es vielmehr einer ausdrücklichen Enthebung von diesem durch die Aufsichtsbehörde. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 24.) Daher können beide Versicherte, obwohl ihre Mitgliedschaft infolge anderweitiger Beschäftigung zeitweise unterbrochen gewesen ist, ihre Tätigkeit im Kassenvorstand wieder aufnehmen, sofern sie nicht — was offenbar unterblieben ist — ihres Amtes enthoben worden sind. (Vgl. auch ArbVers. 1915 S. 718 Ziff. 4, 1916 S. 501 Ziff. 7.)

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von G. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1175 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. Juni 1917 | Heft 17

Armenverbände und Krankenkassen.

Von Wirklichem Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I. Die Beziehungen der Armenverbände zu den Krankenkassen sind außerordentlich enger Natur. Mit keinem Zweige der Arbeiterversicherung berühren sich die Interessen der Armenverbände so oft, wie mit der Krankenversicherung. Das hat seinen Grund darin, daß mit der Einführung der Krankenversicherung ausgesprochenermaßen eine Einschränkung der Armenpflege aus der Erwägung heraus beabsichtigt worden ist, daß für die Arbeiter und ihre Familien gerade aus Krankheiten schwere wirtschaftliche Nachteile entstehen können. Diese Absicht, die Armenpflege zu entlasten und die Arbeiter vor einem Eingreifen der Armenpflege zu bewahren, ist auch in dem allgemeinen Teile der Begründung des Entwurfs eines Gesetzes, betr. die Krankenversicherung der Arbeiter (Drucks. d. Reichstags 1882 Nr. 14) klar zum Ausdruck gebracht worden, indem dort folgendes ausgeführt ist:

„Eine Revision der Krankenkassengesetzgebung in der bezeichneten Richtung erscheint aber auch unabhängig von dem Bedürfnis einer Ergänzung der Unfallversicherung im Interesse einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Arbeiter und einer Erleichterung der öffentlichen Armenlast dringend geboten und kaum minder wichtig, als die Regelung der Unfallversicherung. Die Verarmung zahlreicher Arbeiterfamilien hat ihren Grund darin, daß sie in Zeiten der Krankheit ihrer Ernährer eine ausreichende Unterstützung nicht erhalten. Sind diese, weil gegen Krankheit nicht versichert, lediglich auf die öffentliche Armenpflege angewiesen, so erhalten sie eine Unterstützung in der Regel erst dann, wenn alles, was sie an Ersparnissen, an häuslicher Einrichtung, Arbeitsgeräten und Kleidungsstücken besitzen, für die Krankenpflege und den notdürftigsten Unterhalt der Familie geopfert ist, und selbst dann, wenn die öffentliche Armenpflege mit ihrer Hilfe früher eintritt oder der Erkrankte einer Krankenkasse angehört, ist die Unterstützung meistens so ungenügend, daß sie eine ausreichende Pflege des Erkrankten nicht ermöglicht und den Ruin seiner Wirtschaft nicht zu verhindern vermag. Bei vielen Arbeitern ist daher eine ernstliche Krankheit die Quelle einer Minderung der Erwerbsfähigkeit, wenn nicht völliger Erwerbsunfähigkeit für die ganze Lebenszeit; und selbst diejenigen, welche ihre volle Erwerbsfähigkeit wiedererlangen, können meist nur durch jahrelange Anstrengung und Entbehrung das während der Krankheit verlorene so weit ersetzen, daß sie wieder zu einem geordneten Haushalt gelangen. Dazu fehlt aber der Mehrzahl unserer Arbeiter die erforderliche Energie und Umsicht. Eine durch Krankheit und namentlich durch wiederholte Krankheit heruntergekommene Arbeiterfamilie gelangt daher nur selten wieder zu ge-

Digitized by Google

ordneten wirtschaftlichen Verhältnissen. Die Zahl der Arbeiterfamilien, sowie der Witwen und Waisen, welche der Not und der öffentlichen Armenpflege dauernd anheimfallen, weil ihre Wirtschaft durch mangelhafte Unterstützung in Krankheitsfällen zerrüttet oder der Ernährer infolge mangelhafter Pflege erwerbsunfähig geworden oder gestorben ist, dürfte größer sein, als die Zahl derjenigen, welche durch die Folge von Unfällen bedürftig werden."

Es war daher mehr wie selbstverständlich, daß für die sich hieraus ergebenden rechtlichen Beziehungen der Armenverbände zu den Krankenkassen, für die an sich die Vorschriften des bürgerlichen Rechts maßgebend waren, im Hinblick auf die Eigenart der Verhältnisse eine besondere Regelung vorgesehen wurde. Infolgedessen ist auch bereits in dem ursprünglichen Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 der Ersatzanspruch des Armenverbandes, der einem hilfsbedürftigen Versicherten Unterstützung gewährt hatte, geregelt worden. § 57 Abs. 1 bis 2 und 5 schreibt folgendes vor:

„Die auf gesetzlicher Vorschrift beruhende Verpflichtung von Gemeinden oder Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen sowie die auf Gesetz, Vertrag oder letztwillige Anordnung beruhenden Ansprüche der Versicherten gegen Dritte werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Soweit auf Grund dieser Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet sind, für welchen dem Unterstützten auf Grund dieses Gesetzes ein Unterstützungsanspruch zusteht, geht der letztere im Betrage der geleisteten Unterstützung auf die Gemeinde oder den Armenverband über, von welchem die Unterstützung geleistet ist.

In Fällen dieser Art gilt als Ersatz der im § 6 Abs. 1 Ziff. 1 bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes."

Die wesentlichsten Merkmale dieser Regelung bestanden darin, daß der Armenverband stets verpflichtet war, für einen Hilfsbedürftigen einzutreten, auch wenn dieser gegen Krankheit versichert war und Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung erworben hatte. Der Anspruch des unterstützten Hilfsbedürftigen ging in die Höhe der gemachten Aufwendungen auf den Armenverband über. Aufgabe des Armenverbandes war es, seine tatsächlichen Ausgaben nachzuweisen, wobei für die Beurteilung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Ausgaben nicht die Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes und die Satzungsbestimmungen der Krankenkassen, sondern lediglich die Vorschriften der Armengesetzgebung maßgebend waren. Satzungsmäßige Beschränkungen des Anspruchs des Unterstützten gegen seine Kasse, die durch ein satzungswidriges Verhalten entstehen konnten, waren für einen Ersatzanspruch des Armenverbandes ohne Bedeutung. Innerhalb des Anspruchs des Unterstützten gegen seine Krankenkasse konnte der Armenverband vollen Ersatz für seine Auslagen verlangen, wobei für Krankenpflege ein Pauschbetrag in Höhe der Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes in Ansatz gebracht worden ist. Der Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse mußte, soweit er nicht durch die Aufwendungen des Armenverbandes aufgezehrt worden war, von der Krankenkasse befriedigt werden; er ging nur so auf den Armenverband über, wie er dem Versicherten gegen die Krankenkasse zustand. Ein zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten geschlossener Vergleich oder eine gegen die Krankenkasse ergangene rechtskräftige Entscheidung war auch für den Armenverband bindend, sofern die Kasse gutgläubig gehandelt hatte. Der Zeitraum, für welchen der Erkrankte nach der Kassensatzung Krankenhilfe oder die Wöchnerin Wochenhilfe beanspruchen konnte, und der Zeitraum, in welchem der Armenverband unterstützt hatte, mußten sich decken.

Diese Regelung hat von Anfang der Krankenversicherung an bestanden und zu Unzuträglichkeiten keinen Anlaß geboten. Nur insofern schien im Laufe der Zeit eine Änderung zugunsten der Armenverbände

Digitized by Google

nötig, als diese durch das vielfach engherzige Verhalten der Krankenkassen bei Gewährung der Krankenhauspflege ungebührlich belastet waren, indem ihre Aufwendungen für Krankenpflege durch die Hälfte des gesetzlichen Krankengeldes nicht gedeckt wurden. Durch die Novelle vom 25. Mai 1903 (RGBl. S. 233) wurde deshalb die Neuerung vorgesehen, daß für die Kosten der Krankenpflege auch über den Pauschbetrag hinaus Ersatz verlangt werden konnte.

II. Die wichtigste Änderung, die die RVO. in dem Verhältnis der Armenverbände zu den Krankenkassen gebracht hat, besteht darin, daß der Anspruch des hilfsbedürftigen Unterstützten gegen seine Krankenkasse nicht mehr auf den Armenverband kraft Gesetzes übergeht. Das hat zur Folge, daß der Anspruch des Kassenmitgliedes durch die vom Armenverband empfangenen Unterstützungen zunächst nicht berührt wird. Trotz der armenrechtlichen Unterstützung muß daher die Kasse die satzungsmäßigen Leistungen gewähren, soweit sie nicht, wie bei der Krankenpflege, gegenstandslos geworden sind. Der Armenverband hat jetzt einen besonders gearteten Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse, deren Mitglied der Hilfsbedürftige ist. Diese Regelung ist im Interesse der Gleichmäßigkeit dem § 49 des Invalidenversicherungsgesetzes und dem § 25 des Gewerbeunfall-Versicherungsgesetzes sowie den gleichlautenden Vorschriften der übrigen Unfallversicherungsgesetze nachgebildet. Ursprünglich ging auch auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung der Anspruch des unterstützten Rentenempfängers kraft Gesetzes auf den Armenverband über. Dabei wurde angenommen, daß nicht ein Übergang des ganzen auf eine Reihe von Einzelleistungen gerichteten Anspruchs, insbesondere des ganzen Anspruchs auf Unfall-, Invaliden- und Altersrente stattfinde, sondern nur ein Übergang desjenigen Teilbetrages der Rente, welcher auf den Zeitraum entfiel, für den der Armenverband oder die Kasse die Unterstützung gewährt hatte. Da die Rente grundsätzlich im voraus zu zahlen ist, so war sie meist bereits ausgezahlt, bevor der Ersatzberechtigte den Anspruch auf diesen Rententeil geltend machen konnte. Dadurch war die Vorschrift praktisch vielfach wirkungslos. Obwohl ähnliche Unzuträglichkeiten nach der Natur der Verhältnisse, insbesondere im Hinblick auf die nachträgliche Auszahlung der Kassenleistungen auf dem Gebiete der Krankenversicherung ausgeschlossen waren, auch niemals beobachtet worden sind, ist doch im Interesse der Gleichförmigkeit, also aus rein äußerlichen Gründen, auch hier der gesetzliche Übergang des Anspruchs des Versicherten gegen seine Krankenkasse auf den Armenverband abgeschafft worden. Die in Frage kommende Vorschrift des § 1531 RVO. lautet:

„Unterstützt eine Gemeinde oder ein Armenverband nach gesetzlicher Pflicht einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit, für die er einen Anspruch nach diesem Gesetze hatte oder noch hat, so kann die Gemeinde oder der Armenverband, jedoch nur bis zur Höhe dieses Anspruchs, nach den §§ 1532 bis 1537 Ersatz beanspruchen."

Dadurch hat sich die Rechtslage für die Krankenkassen in einer Beziehung außerordentlich verwickelt; um der Gefahr der Doppelleistung zu entgehen, bleibt ihnen, wie das Reichsversicherungsamt in der grundsätzlichen Entscheidung vom 16. Oktober 1916 (Amtl. Nachr. S. 806) ausgesprochen hat, nichts anderes übrig, als so zu verfahren, wie es die Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten schon unter der Herrschaft des Unfallversicherungsgesetzes von 1900 und des Invalidenversicherungsgesetzes von 1899 gewohnt gewesen ist. In entsprechender Anwendung dieser Grundsätze kann die Kasse den Armenverband aus dem Anspruch des Mitgliedes nur befriedigen, wenn dieses damit einverstanden ist. Erhebt es Widerspruch, so muß die Befriedigung abgelehnt und der Streit über die Rechtmäßigkeit des Widerspruchs im Spruchverfahren zwischen dem Armenverband und dem Kassenmitglied zum Austrag gebracht werden. Solange der Versicherte seine Zustimmung zur

Digitized by Google

Befriedigung des Ersatzanspruches des Armenverbandes nicht erklärt hat oder sein Widerspruch auf dem ordnungsmäßigen Wege des Spruchverfahrens nicht beseitigt ist, ist die Krankenkasse berechtigt, den streitigen Betrag einzubehalten. Hat die Kasse den Ersatzanspruch des Armenverbandes als begründet anerkannt und sich vorbehaltlich der Zustimmung des Versicherten zur Begleichung bereit erklärt, so kann sie zur Zahlung nicht verurteilt werden. Gegenüber einer solchen Kasse besteht, solange nicht die Zustimmung des Versicherten zur Befriedigung des Ersatzanspruchs gegeben ist, weder ein Anspruch auf Zahlung, noch ein Anspruch auf Feststellung der Zahlungsverpflichtung. Durch die Zustimmung des Versicherten mit der Überweisung wird aber ein gesetzlich nicht begründeter Ersatzanspruch keineswegs begründet; vgl. RVA. Entsch. vom 22. März 1915 (Amtl. Nachr. S. 554).

III. Der Ersatzanspruch des Armenverbandes ist zwar selbständiger Natur, aber insofern von dem Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse abhängig, als er nur begründet ist, wenn der Unterstützte die entsprechenden Leistungen von der Kasse hätte beanspruchen können und als er niemals höher sein darf, wie der Betrag der pflichtigen Leistung der Krankenkasse gegenüber dem hilfsbedürftigen Kassenmitglied. Darüber, welche Leistungen dem Armenverband danach zur Verfügung stehen und in welcher Höhe über sie zu seinen Gunsten verfügt werden kann, bestimmt § 1533 RVO.:

„Zu ersetzen sind

1. Begräbniskosten, die bei Tod des Versicherten gewährt worden sind, aus dem Sterbegeld,
2. Unterstützungen bei Krankheiten des Versicherten, die der Krankenpflege entsprechen, auch bei Behandlung im Krankenhause nach § 1503 aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Krankenkasse,
3. die übrigen Unterstützungen, aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Krankenkasse. Dabei wird für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhause die Hälfte des Grundlohns angesetzt. Für den Umfang des Ersatzanspruchs und für das Maß des Zugriffs auf Krankengeld und ähnliche Leistungen laufender Art gelten die §§ 1506, 1507."

Soweit es sich um die **Übernahme des Begräbnisses** für einen hilfsbedürftigen Versicherten handelt, kann der Armenverband aus dem Sterbegeld schon nach § 203 RVO. als Besorger des Begräbnisses Ersatz seiner Auslagen verlangen. Erstattet werden dem Armenverbande nur solche Ausgaben, welche sich für die Bestattung der Leiche in den einfachsten Formen unter Berücksichtigung der örtlichen Sitte ergeben. Zu den Kosten der Beerdigung gehört auch die Fortschaffung der Leiche in die Leichenhalle des Friedhofs oder zur Leichenschau, nicht aber die Leichenöffnung zwecks Ermittlung einer strafbaren Handlung oder zur Feststellung der Todesursache. Bleibt ein Überschuß, so sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigten, so verbleibt der Überschuß der Kasse. Der Armenverband kann den Überschuß nicht für Aufwendungen beanspruchen, die er für den Verstorbenen bei Lebzeiten gemacht hat; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 18. September 1897 (Bd. 32 S. 329 und vom 20. Juni 1900 (Bd. 37 S. 394).

Hat der Armenverband einem Kassenmitglied im Krankheitsfalle **Krankenpflege** gewährt, so ist der Ersatzanspruch von den tatsächlichen Aufwendungen völlig unabhängig; vgl. RVA. Entsch. v. 14. Juni 1915 (Amtl. Nachr. S. 679). Der überaus schwierige und meist zu Streitigkeiten führende Nachweis, ob eine Leistung des Armenverbandes notwendig und angemessen gewesen ist, fällt damit fort, was eine wesentliche Vereinfachung bedeutet. Der Armenverband ist so-

Digitized by Google

nach nicht verpflichtet, auf Verlangen seine Aufwendungen anzugeben, denn er hat immer nur Anspruch auf einen Pauschbetrag, mögen seine tatsächlichen Aufwendungen höher oder niedriger gewesen sein. Das gilt namentlich auch dann, wenn nur ein Teil der Krankenpflege, z. B. nur Arzneien, gewährt worden sind; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 20. Juni 1901 (Pr. VerwBl. Bd. 23 S. 239), vom 5. November 1903 (ArbVers. 1904 S. 131) und vom 12. Juni 1897 (Pr. VerwBl. Bd. 19 S. 8). Dieser Pauschbetrag beträgt, auch bei Behandlung im Krankenhause, drei Achtel des Grundlohns (§§ 1503, 1533 RVO.). Für den Ersatzanspruch steht dem Armenverband in diesem Falle der Anspruch des Kassenmitgliedes auf Krankenpflege zur Verfügung. Da aber dieser Anspruch nicht in Geld umgesetzt werden kann, so dient der Pauschbetrag zur Abgeltung des Wertes der gemachten Aufwendungen. Der Pauschbetrag ist, weil er einen Entgelt für die zu gewährende Krankenpflege darstellt, auch für Sonn- und Feiertage zu zahlen, ohne Rücksicht darauf, ob bei Festsetzung des Grundlohns die Sonn- und Feiertage als Arbeitstage in Betracht kommen; vgl. RVA. Entsch. v. 31. Mai 1915 (Amtl. Nachr. S. 672). Auch solche Tage sind als Verpflegungstage zu berechnen, an denen ärztliche Behandlung tatsächlich nicht stattgefunden hat, sofern sie in die Zeit fallen, in der der Hilfsbedürftige in ärztlicher Behandlung gestanden hat; vgl. Pr. OVG. vom 12. Juni 1897 (Pr. VerwBl. Bd. 19 S. 8) und vom 12. Mai 1902 (ArbVers. S. 641). Das gleiche gilt von Tagen, für welche ärztliche Anordnungen getroffen sind, z. B. wenn eine Arznei für mehrere Tage verschrieben und gegeben wird; vgl. Pr. OVG. vom 5. November 1903 (ArbVers. 1904 S. 131). Der erste und letzte Tag der Krankenpflege ist je als ein voller Tag zu rechnen; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 21. September 1898 (Bd. 34 S. 357).

Nach §§ 180, 181 RVO. dient als Grundlohn einmal der durchschnittliche Tagesentgelt derjenigen Klassen Versicherter, für welche die Kasse errichtet ist (Lohnklassen), wobei auch eine stufenweise Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts nach den verschiedenen Lohnhöhen der Versicherten zulässig ist (Lohnstufen) und sodann der wirkliche Arbeitsverdienst oder der Ortslohn. Die Satzung muß hierüber näheres bestimmen, insbesondere aber auch für Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, einen Grundlohn festsetzen, obwohl diese weder einen Verdienst haben noch Krankengeld erhalten; vgl. RVA. Entsch. v. 16. Oktober 1916 (Amtl. Nachr. S. 738).

IV. Entsprechend der Rechtsprechung des RVA. unterscheidet die RVO. bei der Krankenhauspflege die Krankenpflege und den Unterhalt im Krankenhause. Für diesen wird nach § 1533 Nr. 3 RVO. die Hälfte des Grundlohns angesetzt; für den Zugriff des Armenverbandes steht hier das Krankengeld zur Verfügung. Das ganze Krankengeld darf aber nur in Anspruch genommen werden, wenn vollständiger Unterhalt im Krankenhause gewährt wurde. Das ergibt sich aus der Anziehung der §§ 1506, 1507 RVO. im § 1533 Nr. 3 RVO. Als vollständiger Unterhalt gilt, wie das RVA., vgl. Entsch. v. 11. Juli 1913 (Amtl. Nachr. S. 673), vom 20. März 1915 (Amtl. Nachr. S 673) und vom 23. November 1916 (Amtl. Nachr. S. 360), in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Pr. OVG. ausgesprochen hat, eine Anstaltsbehandlung nur dann, wenn sie als fortlaufende Leistung alle Lebensbedürfnisse des Verpflegten deckt. Die Übernahme der Sorge für den Unterhalt der unterstützungsbedürftigen Angehörigen des Kranken gehört aber nicht dazu; vgl. RVA. Entsch. vom 3. November 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 360). Die Unterbringung des Versicherten in einem Krankenhause ist regelmäßig auch dann nicht als Gewährung des vollständigen Unterhalts anzusehen, wenn seinen Angehörigen Hausgeld gezahlt worden ist; vgl. RVA. Entsch. vom 16. Oktober 1916 (Amtl. Nachr. S. 802). Als Gewährung vollen Unterhalts gilt auch nicht die Unterbringung in eine Familie; vgl. RVA. Entsch. vom 20. März 1915 (Amtl.

Digitized by Google

Nachr. S. 673). Bei Unterbringung in einem Krankenhause wird nur ausnahmsweise ein vollständiger Unterhalt gewährt werden. Wird aber vollständiger Unterhalt im Krankenhause nicht gewährt, so muß dem Unterstützten die Hälfte des Krankengeldes belassen werden. Im § 1506 Abs. 2 RVO. wird bei dem Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft für den Zugriff auf die Unfallrente nur der halbe Betrag für den Fall, daß vollständiger Unterhalt im Krankenhause nicht gewährt wurde, zur Verfügung gestellt. Bei entsprechender Anwendung auf den Anspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse ergibt sich, daß nur die Hälfte des Krankengeldes dem Armenverbande für seinen Ersatzanspruch zur Verfügung steht. Wird von der Kasse das Krankengeld nur im gesetzlichen Mindestbetrage, nämlich in Höhe des halben Grundlohns erhoben, so kann der Armenverband nur ein Viertel des Grundlohns zur Deckung seiner Aufwendungen für den Unterhalt im Krankenhause des unterstützten Kassenmitgliedes fordern. Das andere Viertel muß dem Unterstützten von der Kasse gezahlt werden. Nach § 1507 RVO. kann auch das rückständige Krankengeld voll in Anspruch genommen werden. Der Pauschbetrag in Höhe des halben Grundlohns für die Verpflegung im Krankenhause da im Gegensatz zu dem Pauschbetrag für die Krankenpflege nur für die Tage in Ansatz gebracht werden, an denen der Unterstützte Anspruch auf Krankengeld hat; denn der Ersatzanspruch des Armenverbandes wird aus dem Krankengeld befriedigt und findet daher seine selbstverständliche Grenze in der Höhe des Krankengeldes. Der Pauschbetrag ist also hier nicht mit der Zahl der Kalendertage, sondern mit der Zahl der Arbeitstage zu vervielfachen, damit nicht die Kasse dem Armenverband an Krankengeld mehr zu bezahlen hat, als der Kranke selbst zu fordern gehabt hätte.

Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Krankengeld nicht haben, steht dem Armenverband eine entsprechende Leistung der Krankenkasse nicht zur Verfügung; infolgedessen kann der Armenverband für den Unterhalt im Krankenhause von der Kasse Ersatz nicht fordern; vgl. RVA. Entsch. vom 23. April 1917. Zu den Personen, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gehören zunächst die Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden und nach § 494 RVO. kein Krankengeld erhalten, sowie die landwirtschaftlichen Arbeiter, die deshalb keinen Anspruch auf Krankengeld haben, weil ihnen Sachleistungen in der im § 420 RVO. bestimmten Höhe zugesichert sind, oder weil sie eine jährliche Unfall- oder Invalidenrente im 300 fachen Betrage des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes erhalten (§ 423 RVO.). Ferner kann durch die Satzung der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen werden, wenn das Mitglied die Kasse durch eine strafbare Handlung geschädigt hat, die durch Verlust des bürgerlichen Ehrenrechtes bedroht ist, für die Dauer eines Jahres nach der Straftat oder wenn sich das Mitglied eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen hat, für die Dauer dieser Krankheit. Auch für die dreitägige Karenzzeit (§ 182 Nr. 2 RVO.) besteht der Ersatzanspruch nicht; vgl. RVA. Entsch. vom 23. April 1917. Hat die Satzung einer Landkrankenkasse für landwirtschaftlich Beschäftigte oder für Dienstboten erweiterte Krankenpflege eingeführt, so besteht gleichfalls kein Anspruch auf Krankengeld, der als entsprechende Leistung für die Gewährung des Unterhalts im Krankenhause vom Armenverband in Anspruch genommen werden könnte. Da aber statt dessen ein Anspruch auf Krankenhauspflege, also auf die Ersatzleistung für Krankenpflege und Krankengeld besteht, so liegt kein Grund vor, dem Armenverband den Ersatz für die Gewährung des Unterhalts in Gestalt des halben Grundlohns zu verweigern. Die Beschränkungen des Anspruchs auf das halbe Krankengeld in den Fällen, in denen ein vollständiger Unterhalt im Krankenhause gewährt wurde, und bei laufenden Leistungen kann allerdings nicht Platz greifen, so daß hier der Armenverband, selbstredend ohne jeden Grund, in seinem

Digitized by Google

Ersatzanspruch bevorzugt ist. Allerdings entbehrt die Angelegenheit der praktischen Bedeutung, da die erweiterte Krankenpflege überhaupt keine Verbreitung gefunden hat und unbedenklich abgeschafft werden kann. Dadurch, daß nach § 437 dem Dienstboten auf Antrag von der Kasse die Krankenhauspflege gewährt werden muß, wird der Ersatzanspruch des Armenverbandes nicht berührt, denn an sich und in erster Linie hat der Dienstbote Anspruch auf Krankengeld. Der Armenverband hat hier den Anspruch auf das volle Krankengeld, unbekümmert, ob es sich um rückständige oder laufende Leistungen handelt und ob vollständiger Unterhalt im Krankenhause gewährt wurde oder nicht. Die Möglichkeit, den Dienstboten das halbe Krankengeld zu belassen, fehlt auch hier. Darüber, daß in allen den Fällen, in denen ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, Krankenhauspflege gewährt werden kann, obwohl diese an die Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes tritt, besteht in Rechtsprechung und Praxis Übereinstimmung.

Ein Zugriff auf das Hausgeld kommt hier nicht in Frage, weil die Krankenkassen nur dann zur Gewährung des Hausgeldes verpflichtet sind, wenn sie selbst die Krankenhauspflege angeordnet haben; vgl. Pr. OVG. v. 28. Januar 1895 (Bd. 27 S. 263), vom 7. Juli 1904 (ArbVers. S. 598), Bayer. Verw. Gerichtshof vom 16. Mai 1904 (ArbVers. 1905 S. 84), Württ. Verw. Gerichtshof vom 9. Februar 1910 (ArbVers. S. 548). Eine andere Frage ist aber, ob der Armenverband das Hausgeld nach Maßgabe der §§ 1506, 1507 RVO. in Anspruch nehmen kann, das ein von der Krankenkasse überwiesenes Kassenmitglied bezieht, sofern der Armenverband einen hilfsbedürftigen Angehörigen dieses Mitgliedes unterstützt hat. Dies ist zu bejahen, weil in der Unterstützung des Angehörigen vom armenrechtlichen Gesichtspunkt aus zugleich eine mittelbare Unterstützung des Kassenmitgliedes zu finden ist; vgl. RVA. Entsch. vom 20. März 1915 (Amtl. Nachr. S. 643). Gewährt der Armenverband dem Angehörigen eines solchen Kassenmitgliedes auch Krankenhauspflege, so bleibt außer dem Hausgeld für den Zugriff des Armenverbandes nichts übrig, da der Anspruch auf Krankengeld bereits durch die Gewährung der Krankenhauspflege durch die Kasse gegenstandslos geworden ist. Wohl aber kann der Armenverband, der dem Versicherten Krankenhauspflege gewährt, aus der diesem nach § 1506 RVO. zu belassenden Hälfte des Krankengeldes Ersatz beanspruchen, wenn er die Familienangehörigen in anderer Weise als durch Krankenhauspflege unterstützt hat. Gewährt der Armenverband sowohl dem Kassenmitglied als auch einem Familienangehörigen Krankenhauspflege, so muß dem Versicherten das halbe Krankengeld belassen werden, sofern nicht vollständiger Unterhalt in dem einen oder anderen Falle vorliegt. Treffen hierbei gleichberechtigte Ersatzansprüche mehrerer Armenverbände für die gleiche Zeit zusammen, so tritt eine Teilung des halben Krankengeldes usw. nach dem Verhältnis der Höhe der Aufwendungen ein. Ist bei der Teilung ein Armenverband beteiligt, dem nach § 1506 Abs. 2 RVO. ein Ersatzanspruch auf den vollen Betrag des Krankengeldes usw. zusteht, so gebührt ihm der halbe Betrag ungeteilt, während er an der anderen Hälfte nach dem bezeichneten Verhältnis teilnimmt. Hierbei hat er sich aber auf den Betrag seiner Aufwendungen den vorweg erhaltenen halben Betrag des Krankengeldes usw. anrechnen zu lassen; vgl. RVA. Entsch. vom 18. September 1915 (Amtl. Nachr. S. 772).

V. Hat der Armenverband eine Wöchnerin, die Anspruch auf Wochenhilfe hat, in anderer Weise als durch Gewährung der Krankenpflege unterstützt, so steht ihm der Anspruch der Wöchnerin auf das Wochengeld, das Schwangerengeld, die Hebammendienste, die ärztliche Geburtshilfe und auf das Stillgeld für den Zugriff zur Verfügung. Auch hier kann der Armenverband den Ersatz der vollen Auslagen verlangen, wobei selbstredend die Notwendigkeit und Angemessenheit der Ausgaben in Frage gestellt werden kann. Den Versicherten muß für die Zeit,

Digitized by Google

für welche sich der Anspruch auf die Kassenleistung und die Leistungen des Armenverbandes decken, das halbe Wochen- usw. Geld belassen werden. Rückständige Leistungen können ganz in Anspruch genommen werden. Soweit es sich um Sachleistungen handelt (Hebammendienste, ärztliche Geburtshilfe), kann der Armenverband für seine notwendigen und sachgemäßen Aufwendungen vollen Ersatz fordern. Es wäre zweckmäßig, auch hier einen Pauschbetrag vorzuschreiben, der der Ersatzforderung des Armenverbandes zugrunde zu legen sein würde. Allerdings werden Ersatzansprüche der bezeichneten Art zu den größten Seltenheiten gehören. Hat der Armenverband einer Wöchnerin Krankenhauspflege gewährt, so kann er nach den für die Krankenpflege und den Unterhalt im Krankenhause maßgebenden Pauschbeträgen Ersatz fordern. Die Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim (§ 96 Nr. 1 RVO.) steht der Krankenhauspflege nicht gleich; es werden also hier die baren Auslagen erstattet und Pauschbeträge nicht in Ansatz gebracht.

VI. Zu den übrigen Unterstützungen im Sinne des § 1533 Nr. 3 RVO. gehören vor allen Dingen die Leistungen der Familienhilfe. Nach § 205 RVO. können die Krankenkassen in diesem Rahmen durch die Satzung Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten, Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten und Sterbegeld beim Tode eines Ehegatten oder eines Kindes des Versicherten zubilligen.

Um den Zugriff des Armenverbandes auf diese Leistungen zu begründen, bedarf es zunächst der Feststellung, daß nicht das Familienmitglied sondern der Versicherte selbst für die Leistungen der Familienhilfe der Anspruchberechtigte ist. Nach dem KVG. bestand darüber nicht der geringste Zweifel, denn im § 6a Abs. 1 Nr. 5, § 21 Abs. 1 Nr. 5 ist nur davon die Rede, daß die Gemeinden und die Krankenkassen freie ärztliche Behandlung für die Familienangehörigen zubilligen konnten. Im § 205 RVO. dagegen heißt es „zubilligen an Familienangehörige". Würde hier eine Änderung der Rechtslage beabsichtigt gewesen sein, so wäre mit Sicherheit in der Begründung darauf aufmerksam gemacht worden. Da dies nicht geschehen ist, vielmehr in der unten wiedergegebenen Begründung zu § 1533 (S. 468) zum Ausdruck gebracht ist, daß sich an der Natur des Anspruchs auf Familienhilfe gegenüber dem bisherigen Recht nichts geändert habe, so muß daran festgehalten werden, daß bei der Familienhilfe der Versicherte selbst anspruchsberechtigt ist. Wenn demgegenüber die RVO. von „berechtigten" Familienmitgliedern spricht, vgl. z. B. §§ 218, 219 RVO., so liegt offenbar eine ungenaue Ausdrucksweise vor. Auch die Erklärung eines Regierungsvertreters in der Reichstagskommission (Komm. Ber. zur RVO. 2. Teil S. 101), die dahin lautete: „Unter Familienhilfe verstehe der Entwurf nur die Leistungen, welche den Familienangehörigen aus eigenem, wenn auch aus der Person des Versicherten abgeleiteten Rechte gewährt würden und bei denen daher der Versicherungsfall in der Person des Mitgliedes eintrete", kann daran um so weniger etwas ändern, als sie in sich widersprechend und in ihrer Tragweite nicht verständlich ist.

Bei dieser Rechtslage würde dem Armenverband an sich ein Ersatzanspruch gegen die Kasse bei Gewährung der Familienhilfe nicht zustehen, weil es an der im Hinblick auf die Fassung des § 1531 auch nach der RVO. notwendigen Identität der Person, die vom Armenverbande unterstützt wurde, mit der Person, die einen Anspruch gegen die Krankenkasse hat, fehlen würde. Dieser Mangel ist aber nur scheinbar, da bei der Familieneinheit, die zwischen dem Versicherten und dem Familienmitgliede besteht, in der Unterstützung des Familienmitgliedes lediglich eine Unterstützung des Versicherten selbst zu finden ist. Daß dies auch nach der RVO. Rechtens sein soll, lassen die Ausführungen in der Begründung zu § 1533 RVO. (S. 468) deutlich erkennen. Es heißt dort:

Digitized by Google

„Im übrigen beantwortet sich die Frage, wer als der Unterstützte gilt, nach den armenrechtlichen Grundsätzen. Die Frage hat eben deshalb die Bedeutung, weil neben der Einheit des Leistungsgrundes die Identität des Unterstützten mit dem gegen Krankheit Versicherten Voraussetzung des Ersatzanspruchs ist. Auf Grund der sogenannten armenrechtlichen Familieneinheit gilt nun im gewissen Umfange als Unterstützung des Versicherten selbst eine Unterstützung, welche der Armenverband Familienangehörigen des Versicherten leistet, die von diesem abhängig sind. Auf der anderen Seite kann nach § 205 des Gesetzes auch die Krankenkasse nach der Satzung dem Versicherten Familienhilfe gewähren. Diese kann bestehen in Krankenpflege, Wochenhilfe und Sterbegeld. Auch die Familienhilfe der Krankenversicherung gilt als Leistung an den Versicherten selbst. Demnach kann bei solchen Leistungen für die Familienangehörigen der Versicherte zusammenfallen mit dem Unterstützten, indem er selbst mittelbar in eben diesem Angehörigen von dem Armenverband unterstützt ist. Die erforderliche Identität der Person wäre also gewahrt. Beruhen dann die mittelbare Armenunterstützung des Versicherten und das, was er an Familienhilfe von der Krankenkasse zu beanspruchen hat, auf demselben Leistungsgrunde, so sind insofern die Voraussetzungen für den Ersatzanspruch gegeben. Auch solche Ersatzansprüche fallen unter die Nr. 3 des § 1533 RVO."

In Übereinstimmung hiermit hat das RVA., Entsch. vom 20. März 1915 (Amtl. Nachr. S. 643), ausgesprochen, daß in der Aufnahme einer geisteskranken Ehefrau in eine Anstalt auf Kosten des Armenverbandes lediglich eine Unterstützung des Ehemanns als Familienhauptes im Sinne des § 1531 RVO. zu erblicken sei.

Demnach ist bei der Gewährung der Armenunterstützung an eine Person, die von einer Krankenkasse Familienhilfe zu erhalten hat, für den Armenverband die Rechtslage im wesentlichen gleich, wie bei der Unterstützung des Versicherten selbst, nur ist zu beachten, daß, da die Familienhilfe eine Mehrleistung, die Satzung das Maß des Anspruchs beliebig beschränken, jedoch nicht über das gesetzlich zugelassene Maß hinaus erweitern kann. Der Ersatzanspruch des Armenverbandes besteht demnach nur innerhalb der von der Satzung gezogenen Grenzen. Gewährt die Kasse lediglich ärztliche Behandlung an die Familienangehörigen, so ist für den Armenverband ein Ersatzanspruch wegen gelieferter Arznei oder sonstiger Heilmittel nicht begründet; vgl. Pr. OVG. v. 9. Januar 1901 (Bd. 38 S. 337) und vom 23. Oktober 1902 (Pr. VerwBl. Bd. 24 S. 797). Billigt die Satzung den versicherungsfreien Familienangehörigen Krankenpflege zu, so wird für die Berechnung des Ersatzanspruchs ein Pauschbetrag nicht zugrunde gelegt, da im § 1533 Nr. 3 ein solcher nicht vorgesehen ist; vielmehr werden die vollen Kosten erstattet. Hier besteht ein wichtiger Unterschied gegenüber dem KVG., denn § 57 Abs. 5 a. a. O. sah bei jeder Gewährung der Krankenpflege, einerlei, ob sie einem Versicherten selbst oder im Rahmen der Familienhilfe gewährt wurde, für den Ersatzanspruch des Armenverbandes die Zugrundelegung eines Pauschbetrages vor, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen wurden. Diese Vorschrift wurde durch die Rechtsprechung so ausgelegt, daß ein Pauschbetrag nur angewendet werden sollte, wenn die Satzung der Kasse bei Familienangehörigen die Gewährung aller Leistungen der Krankenpflege vorsah. Wurden nach der Satzung nur einzelne Leistungen der Krankenpflege gewährt, so waren die Auslagen, welche dem Armenverband erwachsen waren, einzeln zu berechnen und bis zur Höhe des Pauschbetrages zu erstatten; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 9. Januar 1901 (Bd. 38 S. 337) und vom 23. Oktober 1902 (Pr. VerwBl. Bd. 24 S. 797). Das Pauschquantum wurde aber angewendet, wenn nur tatsächlich Einzelleistungen der Krankenpflege gewährt wurden; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 8. November 1906 (ArbVers. 1907 S. 287).

Digitized by Google

Gewährt der Armenverband Krankenhauspflege an Familienangehörige, so gelten nicht diese, sondern der Versicherte selbst als unterstützt; vgl. RVA. Entsch. vom 20. März 1915 (Amtl. Nachr. S. 643). Nach dem Wortlaut des § 1533 Nr. 3 RVO. müßte der halbe Grundlohn in Ansatz gebracht werden. Hier liegt aber offenbar eine Ungenauigkeit vor, denn der Anspruch des Armenverbandes kann nach § 1533 Nr. 3 RVO. nur aus einer entsprechenden Leistung der Krankenkasse ersetzt werden. Da für den Unterhalt im Krankenhause nur das Krankengeld zur Verfügung steht, Familienangehörige aber kein Krankengeld erhalten, so fehlt es an einem Anspruch des Versicherten gegen die Kasse, aus dem der Ersatzanspruch des Armenverbandes gedeckt werden könnte. Die Folge davon ist, daß die Krankenkassen für den Unterhalt des Familienmitgliedes im Krankenhause an den Armenverband keinen Ersatz zu leisten brauchen, also nur die Einzelleistungen der Krankenpflege im Rahmen des Anspruchs des Versicherten für seine Familienangehörigen, dem Armenverband erstatten müssen. Sollte aber in abweichender Auslegung des § 1533 Nr. 3 angenommen werden, daß auch für den Unterhalt des Familienmitgliedes im Krankenhause ein Grundlohn angesetzt werden muß, so kann dies, da der Versicherte selbst der Forderungsberechtigte ist, nur sein Grundlohn sein.

Nach der RVO. kann die Familienhilfe von den Krankenkassen nur noch ganz allgemein für alle Kassenmitglieder eingeführt werden. Es darf ein Unterschied nur insofern gemacht werden, als Zusatzbeiträge erhoben werden können. Die Gewährung der Familienhilfe auf Antrag ist also fortgefallen. Da somit die Familienhilfe allen Kassenmitgliedern zukommen muß, wenn sie überhaupt eingeführt wird, so dürfen Unterschiede, die in der Person des Kassenmitgliedes begründet sind, nicht gemacht werden. Dagegen ist es zulässig, Verschiedenheiten in der Person der Familienangehörigen aufzustellen. Es ist durchaus nicht erforderlich, daß alle Angehörigen berücksichtigt werden; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 9. September 1886 (Bd. 14 S. 343). Obwohl bei der allgemeinen Einführung der Familienhilfe die Zusatzbeiträge naturgemäß den Charakter als freiwillige Beiträge verloren haben, hat das RVA. vgl. Entsch. v. 29. November 1913 (Amtl. Nachr. S. 837), eine Satzungsbestimmung für zulässig erklärt, wonach der Anspruch auf Familienhilfe wegfallen soll, wenn das Kassenmitglied mit der Zahlung der Zusatzbeiträge im Rückstande ist.

Aber auch in anderer Weise kann der Anspruch der Versicherten auf Krankenpflege ihrer Familienangehörigen durch die Satzungsbeschränkungen unterworfen werden, denn die Vorschriften des § 205 RVO. bedeuten nur das für die Einrichtung der Familienhilfe einzuhaltende Höchstmaß. Von diesem Gesichtspunkte muß es als zulässig bezeichnet werden, daß für die ärztliche Behandlung, die im übrigen grundsätzlich nach Maßgabe der §§ 122, 123 RVO. durch approbierte Ärzte gewährt werden muß, vgl. RVA. Entsch. v. 4. April 1914 (Amtl. Nachr. S. 512). nur die von der Kasse bestellten Ärzte in Anspruch genommen werden dürfen, wobei es zweifelhaft sein kann, ob in dringenden Fällen auch ein anderer Arzt zugezogen werden darf. Selbstredend kann die fachärztliche Behandlung, insbesondere auch ärztliche Hilfe, bei Zahnkrankheiten ausgeschlossen und bestimmt werden, daß weder Krankenhauspflege noch Heilanstaltspflege gewährt wird. Alle diese Beschränkungen in der Art der Krankenpflege sind, soweit sie zulässig sind, für den Anspruch des Versicherten unbedingt verbindlich. Dagegen hat das OVG. in ständiger Rechtsprechung, vgl. z. B. Entsch. v. 30. Januar 1901 (Bd. 38, S. 338), angenommen, daß der Ersatzanspruch des Armenverbandes, der einem hilfsbedürftigen Familienmitgliede sachgemäß Krankenpflege gewährt hat, durch die Beschränkungen des Anspruchs des Versicherten nicht berührt werde, denn schließlich bestehe immer noch ein Anspruch des Versicherten auf Krankenpflege. Die hierdurch eintretende Mehrbelastung der Krankenkassen

Digitized by Google

kann leicht dazu führen, daß die Familienhilfe nicht weiter eingeführt wird, oder da, wo sie besteht, abgeschafft wird. Das RVA. hat zu dieser wichtigen Frage bis jetzt nicht Stellung genommen.

Das Hausgeld, das dem Versicherten selbst bei seiner Verpflegung im Krankenhause zusteht, kann nach § 186 RVO. allerdings unmittelbar an die Angehörigen gezahlt werden, ist aber als Pflichtleistung der Kasse kein Bestandteil der Familienhilfe. Immerhin darf die Kasse das Hausgeld auch unmittelbar an den Armenverband zahlen; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 16. Januar 1902 (Bd. 41 S. 454). Auch kann es vom Armenverband, wie oben bereits erwähnt, in Anspruch genommen werden, weil immer eine mittelbare Unterstützung des Kassenmitgliedes selbst vorliegt.

VII. Die Regelung des Ersatzanspruchs in der gekennzeichneten Form betrifft nur Gemeinden, die Träger der Armenverwaltung sind — vgl. RVA. Entsch. v. 5. Mai 1915 (Amtl. Nachr. S. 553) — und die eigentlichen Armenverbände. Im übrigen ist es gleichgültig, ob ein Ortsarmenverband oder ein Landarmenverband das Kassenmitglied unterstützt hat. Hinsichtlich des Verhältnisses des vorläufig unterstützenden zu dem endgültig verpflichteten Armenverband ist zu unterscheiden, zwischen der Gewährung der Krankenpflege, bei der Pauschbeträge zur Anwendung kommen, und den übrigen Unterstützungen. Da der Anspruch des Armenverbandes ohne Rücksicht auf seine tatsächlichen Aufwendungen immer in Höhe der Pauschbeträge befriedigt wird, so kann der endgültig verpflichtete Armenverband den Ersatzanspruch nur geltend machen, wenn er dem vorläufig unterstützungspflichtigen Armenverband die Auslagen gemäß § 30 des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz erstattet hat. Im übrigen geht der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband dem endgültig verpflichteten Armenverband vor, so daß der erstere den für den Zugriff zur Verfügung stehenden Anspruch des Versicherten zu seiner Befriedigung ganz in Anspruch nehmen kann, dem endgültig verpflichteten Armenverband also nur der Rest verbleibt; vgl. RVA. Entsch. vom 12. Dezember 1914 (Amtl. Nachr. 1915 S. 576).

Weiter wird für die Geltendmachung des Ersatzanspruchs vorausgesetzt, daß das Kassenmitglied hilfsbedürftig war. Hilfsbedürftig ist eine Person, welche nicht hinreichende Kräfte besitzt, um sich und ihren arbeitsunfähigen Angehörigen den notwendigen Lebensunterhalt zu verschaffen, und solchen weder aus eigenen Mitteln bestreiten kann noch von einem Dritten erhält; vgl. Pr. OVG. v. 20. Juni 1905 (Bd. 47 S. 6). Hilfsbedürftigkeit liegt schon vor, wenn Mittel zur Abhilfe des hervorgetretenen Notstandes weder bereit noch verwendbar sind. Das polizeiliche Einschreiten schließt einen Akt der Armenpflege nicht aus. Nach RVA. vom 4. Juli 1916 (Amtl. Nachr. S. 638) steht aber dem Armenverband ein Ersatzanspruch nicht zu, wenn ein Geisteskranker lediglich wegen seiner Gemeingefährlichkeit in einer Anstalt, also ausschließlich zum Schutze anderer, untergebracht wird. Die Unterbringung macht aber dann im Sinne des § 1531 RVO. hilfsbedürftig, wenn dem Erkrankten aus dem Verbleiben in seiner bisherigen Umgebung infolge seines Zustandes eine erhebliche Gefahr erwachsen würde. Daran ändert es auch nichts, wenn daneben für die Unterbringung die Gefährlichkeit für andere bestimmend gewesen ist; vgl. RVA. vom 11. Januar 1915 (Amtl. Nachr. S. 364). Die Absonderung eines mit einer ansteckenden Krankheit Behafteten geschieht im Interesse der Allgemeinheit und hat daher nicht den Charakter der Armenpflege; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 23. September 1907 (Bd. 51 S. 334). Das gilt namentlich auch für die Zwangsheilung Prostituierter in Krankenhäusern, die nach Lage der Gesetzgebung eine Pflicht der Polizei und über das zur Heilung solcher Krankheiten gebotene Maß der Heilbehandlung hinausgeht; vgl. Pr. OVG. Entsch. v .25. Oktober 1886 (Bd. 14 S. 363). Leistet aber die Ortspolizeibehörde die

Digitized by Google

Unterstützung wegen Säumigkeit des Ortsarmenverbandes oder wegen Dringlichkeit des Falles, so handelt sie in Vertretung des Armenverbandes, so daß die Zahlung der Kasse an die Ortspolizeibehörde der Zahlung an den Armenverband gleichsteht; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 22. Juni 1896 (Bd. 30 S. 358).

Der Ersatzanspruch des Armenverbandes ist nicht nur begründet, wenn objektiv Hilfsbedürftigkeit vorliegt, sondern auch dann, wenn der Armenverband alle Sorgfalt aufgewendet und sich in entschuldbarem Irrtum über die Hilfsbedürftigkeit befunden hat. Die Armenverbände sind nicht zu umständlichen Ermittlungen verpflichtet, ehe sie einen Hilfsbedürftigen in ein Krankenhaus einweisen; vgl. Pr. OVG. vom 8. Dezember 1904 (Bd. 46 S. 366). Der Ersatzanspruch des Armenverbandes entfällt nicht schon, wenn ein Unterstützungsanspruch gegen die Kasse besteht, vielmehr muß die Kasse auch bereit gewesen sein, die im einzelnen Falle erforderliche Unterstützung in einer die armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit ausschließenden Weise zu gewähren und es mußte die Möglichkeit bestanden haben, das Mitglied ohne Gefahr für Leben und Gesundheit an die Kasse zu verweisen; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 1. Juli 1909 (ArbVers. 1910 S. 342).

Die Frage, ob der Anspruch des Armenverbandes begründet ist, beantwortet sich auch lediglich nach armenrechtlichen Gesichtspunkten; vgl. RVA. Entsch. vom 11. Januar 1915 (Amtl. Nachr. S. 364). Der Armenverband ist zur Bewilligung einer notwendigen Krankenhauspflege solange ermächtigt, als ihm nicht bekannt geworden ist, daß die Krankenkasse das die Aufnahme in ein Krankenhaus nachsuchende Mitglied auf ein anderes Krankenhaus angewiesen oder daß sie ein eigenes Krankenhaus errichtet oder daß sie sich allgemein für ein bestimmtes Krankenhaus entschieden hat; jedoch können in solchen Fällen besondere Umstände ein abweichendes Verfahren des Armenverbandes rechtfertigen; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 18. Dezember 1905 (Bd. 48 S. 329) und vom 18. Dezember 1911 (Amtl. Nachr. S. 590). Hilfsbedürftigkeit liegt auch vor, wenn die Krankenkasse ambulante Behandlung gewährt, aber Anstaltspflege erforderlich ist; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 1. Juli 1909 (ArbVers. 1910 S. 343).

Eigenes Verschulden des Versicherten schließt die Hilfsbedürftigkeit nicht aus, es ist also unerheblich, wenn er die ihm zur Verfügung stehenden Kassenleistungen nicht annimmt, sich insbesondere auch eigenmächtig aus dem Krankenhause entfernt. Der Armenverband hat vielmehr dann einen Anspruch auf Ersatz, wenn für die Zeit, in der er die Unterstützung gezahlt hat, die Leistungen des Versicherungsträgers dem Versicherten hätten gewährt werden müssen, wenn er sie unter Beachtung der Vorschriften und satzungsmäßigen Vorschriften in Anspruch genommen hätte; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 12. März 1888 (Bd. 16 S. 378), vom 16. März 1901 (ArbVers. S. 390), vom 16. November 1903 (ArbVers. 1904 S. 108) und vom 12. Mai 1910 (ArbVers. 1911 S. 328), Bayr. Verw. Gerichtshof Entsch. vom 22. Dezember 1890 (Reger Bd. 12 S. 23), Sächs. OVG. Entsch. v. 4. Juni 1910 (ArbVers. 1911 S. 209). Nimmt ein Mitglied die ihm angebotenen Leistungen der Kasse nicht an, so geht sein Anspruch, wenn überhaupt, nur für die Dauer seines Verzugs verloren, dagegen hat es seinen Anspruch nicht verloren für die Zeit, während der es an Stelle der Kasse die Hilfe des Armenverbandes in Anspruch nimmt; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 12. März 1888 (Bd. 16 S. 378). Ein Verhalten des Mitgliedes, das die Höhe seines Anspruchs gegenüber der Kasse beeinflußt, ist für den Anspruch des Armenverbandes ebenfalls ohne Bedeutung. Diesem kann nicht entgegengehalten werden, daß der Unterstützte die Ordnungsvorschriften, wie die periodische Meldung beim Kassenarzt oder die Bescheinigung der Erwerbsunfähigkeit durch den Kassenarzt, nicht befolgt habe; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 7. Oktober 1889 (Pr. VerwBl. Bd. 11 S. 205). Ist aber der Anspruch des Versicherten durch die Satzung an sich beschränkt,

Digitized by Google

z. B. wegen Schädigung der Kasse durch eine strafbare Handlung (§ 192 RVO.), so gilt diese Beschränkung auch gegenüber dem Armenverband. Hilfsbedürftigkeit liegt nicht vor, wenn nach den dem Armenverbande bekannten Umständen der Kranke zunächst die Krankenkasse, dann aber, obwohl ihm deren Leistungen zur Verfügung standen, den Armenverband angerufen hat; vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 29. April 1889 (Bd. 18 S. 358) und vom 18. Dezember 1905 (Bd. 48 S. 329). Sind von der Krankenkasse dem Armenverbande bereits Kosten für die Behandlung des Mitgliedes erstattet worden, so ist darin ein Anerkenntnis der Hilfsbedürftigkeit zu finden; vgl. Pr. OVG. v. 14. Februar 1895 (Bd. 27 S. 362). Hat die Krankenkasse ihrem Mitgliede alles gewährt, was dieses nach Maßgabe der RVO. und der Satzung verlangen konnte, so steht dem Armenverband, der für das Mitglied während der gleichen Zeit auch Aufwendungen gemacht hat, ein Anspruch, aus dem die Befriedigung erfolgen könnte, nicht mehr zur Verfügung, sofern die Krankenkasse in gutem Glauben gehandelt hat. Decken sich jedoch die Zeiträume, in denen der Armenverband und die Kasse Unterstützungen gewährt haben, nicht, so kann der Armenverband für die von den Kassenleistungen freigelassene Zeit den Anspruch des Versicherten gegen die Kasse für seine Aufwendungen in Anspruch nehmen.

VIII. Der Armenverband kann in den Fällen, in denen seinem Ersatzanspruch nicht ein Pauschbetrag zugrunde gelegt wird, sondern Ersatz der baren Auslagen gefordert werden kann, nur insoweit Ersatz beanspruchen, als sein Kostenaufwand nicht durch einen ihm zugute kommenden Arbeitsverdienst des Unterstützten bereits gedeckt ist. Der Ersatzanspruch besteht auch insoweit nicht, als der Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse durch Aufrechnung gemäß § 223 Abs. 2 RVO. erloschen ist; vgl. RVA. Entsch. vom 20. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 555). Dagegen geht der Armenverband seines Anspruchs nicht schon dadurch verlustig, daß er sich wegen dieses Ersatzanspruchs den Anspruch des Berechtigten nach § 119 Abs. 1 Nr. 3 RVO. hat abtreten lassen; vgl. RVA. Entsch. vom 23. März 1914 (Amtl. Nachr. S. 634).

Auch nach der RVO. muß sich die Zeit, während der das Kassenmitglied Armenunterstützung erhalten hat, mit der Zeit, während der es Ansprüche gegen die Krankenkasse hat, decken. Nur, wenn der Armenverband zu der geleisteten Unterstützung gesetzlich verpflichtet war, hat er einen Ersatzanspruch. Fehlt eine solche gesetzliche Verpflichtung, so kann ein Anspruch nach bürgerlichem Recht begründet sein, es kommen aber hierfür nicht die Vorschriften der §§ 812 bis 822 des BGB. in Betracht, weil, wie auch das Reichsgericht — Entsch. v. 26. April 1907 Bd. 66 S. 77 — ausgesprochen hat, bei einer unberechtigten Bereicherung die Vermögensverschiebung unmittelbar zwischen dem Bereicherten und demjenigen, auf dessen Kosten die Bereicherung stattgefunden hat, vor sich gehen muß. Der Anspruch des Versicherten gegen die Kasse wird durch die Leistungen des Armenverbandes nicht berührt. In Frage kommen vielmehr nur die Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677—687 BGB.), so daß die Krankenkasse dem Armenverband die vollen Kosten zu ersetzen hat, vorausgesetzt, daß beim Armenverband die Absicht bestanden hat, für die Kasse zu leisten. Hat sich die Krankenkasse für Krankenhauspflege entschieden, so kann sie von der getroffenen Wahl abgehen und hier die einfache Krankenhilfe gewähren.

Die Satzung kann den Anspruch des Armenverbandes durch die Satzung nicht ausschließen. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der Gewährung der Familienhilfe; vgl. Pr. OVG. vom 30. Januar 1901 (Bd. 38 S. 338). Wohl aber können, um den Ersatzanspruch des Armenverbandes zu beschränken, an Stelle von Sachleistungen der Familienhilfe Barleistungen in bestimmter Höhe vorgesehen werden, die dann für den Zugriff das Höchstmaß darstellen.

Streitigkeiten werden nach § 1540 RVO.

Digitized by Google

im Spruchverfahren (§§ 1771 ff. RVO.) entschieden; gemäß § 1778 Abs. 2 RVO. ist die Revision stets zulässig. Stützt sich der Ersatzanspruch eines Armenverbandes auf einen bürgerlich-rechtlichen Abtretungsvertrag, so ist das Spruchverfahren nach § 1540 RVO. nicht zulässig; vgl. RVA. Entsch. v. 23. März 1914 (Amtl. Nachr. S. 634). Macht der Armenverband den Anspruch auf das Sterbegeld als Besorger des Begräbnisses aus § 203 RVO. geltend, so handelt es sich um Streit über Leistungen aus der Krankenversicherung, für den die Vorschriften der §§ 1636 ff. RVO. maßgebend sind. Soweit es sich dabei um die Höhe des Sterbegeldes handelt, ist nach § 1695 die Revision ausgeschlossen. Zinsen können bei Ersatzansprüchen des Armenverbandes von der Kasse nicht gefordert werden; vgl. RVA. Entsch. vom 8. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 364).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Aufwärterin in einem Bordell versicherungspflichtig, aber nicht als Dienstbote.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Dresden** v. 17. Oktober 1916 (27 Kr. Dr. 16).

In dem angefochtenen Urteile des Versicherungsamtes wird zutreffend ausgeführt, daß die Arbeitsleistungen der Witwe F. für die verehel. Pf. eine wirtschaftliche Bedeutung gehabt haben, und daß die Gegenleistungen keineswegs einer auf Mitleid beruhenden Freigebigkeit entsprungen sind. Die Witwe F. hat trotz ihres hohen Alters und trotz des Bezuges von Invalidenrente noch eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitskraft besessen, die sie befähigte, die Dienste einer Aufwärterin zu verrichten und die Stelle, für die sie angenommen war, im wesentlichen auszufüllen. Da sie die Kost und einen baren Lohn gewährt erhielt, also gegen Entgelt beschäftigt wurde, hat sie, wie nicht bezweifelt werden kann, und von der beklagten Kasse auch nicht mehr bestritten wird, zu denjenigen Personen gehört, die nach § 165 RVO. für den Fall der Krankheit versichert sind.

Der Einwand der beklagten Kasse, daß die F. den Dienstboten zugerechnet werden müsse, ist verfehlt. Dienstboten sind nach § 2 der revidierten Gesindeordnung für das Königreich Sachsen in der Fassung vom 31. Mai 1898 diejenigen Personen, die sich zur Leistung häuslicher und wirtschaftlicher Dienste verpflichtet haben, wobei unter wirtschaftlichen Diensten landwirtschaftliche Dienste und unter häuslichen Diensten alle diejenigen Gesindedienste verstanden zu werden pflegen, die nicht zu landwirtschaftlichen Zwecken geleistet werden (v. Bernewitz, Sächs. Gesindeordnung 3. Aufl. Anm. 3 zu § 2 und Fahnert, Herrschaft und Gesinde 1896, Bemerkungen unter § 3). Nach der glaubhaften Versicherung der verehelichten Pf. ist die Witwe F. nicht als Dienstbote angenommen worden. Sie hat in den Wohnräumen der Frau Pf. keinerlei Dienste zu verrichten gehabt. Ihre Pflichten haben ausschließlich darin bestanden, die dem Bordellbetriebe dienenden Räume zu reinigen und in Ordnung zu halten, während die Wohnung der Frau Pf. von dieser selbst gereinigt wurde. Hiernach kann keine Rede davon sein, daß die Witwe F. die Verrichtung häuslicher Dienste bei der Frau Pf. übernommen gehabt habe und als Dienstbote im Sinne der Sächs. Gesindeordnung tätig gewesen wäre. An dieser Auffassung wird auch durch die weiteren Ausführungen der beklagten Kasse nichts geändert. Denn wenn auch der Bordellbetrieb mit der Hauswirtschaft der Frau Pf. in einer gewissen räumlichen Verbindung gestanden haben mag, so läßt sich doch keineswegs anerkennen, daß beide eine untrennbare Einheit gebildet hätten und als einheitliche Häuslichkeit anzusehen wären. Vielmehr stellt der Bordellbetrieb ein Unternehmen dar, das mit der Häuslichkeit des Unternehmers in keinem inneren Zusammenhange steht. Somit ist die Witwe F. nicht als Dienstbote in der Häuslichkeit der Frau Pf., sondern als Aufwärterin in deren Bordellbetriebe beschäftigt gewesen und demnach den in § 165 Abs. 1 Ziff. 1 der RVO. aufgeführten Gehilfen zuzuzählen, die bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse versichert sind.

Es bleibt noch zu prüfen, ob die Versicherungspflicht etwa deshalb ausgeschlossen ist, weil der Bordellbetrieb als ein der Unzucht dienender Betrieb kein gesetzlich erlaubtes Gewerbe ist und demnach außerhalb des Gesetzes steht. Indem die beklagte Kasse hierauf hinweist, übersieht sie, daß die früher geltenden Vorschriften des § 1 des Krankenversiche-

Digitized by Google

rungsgesetzes über den Versicherungszwang durch die Bestimmungen des § 165 der RVO. über die Versicherungspflicht insofern wesentlich geändert worden sind, als nicht mehr die einzelnen Betriebe, die der Versicherung unterstellt sein sollen, sondern die Personengruppen aufgeführt werden, auf die sich die Versicherungspflicht erstreckt. Unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes hat die Auffassung Geltung gehabt, daß der Tatbestand einer strafbaren Handlung, wie er bei der Kuppelei einer Vermieterin vorliegt, nicht der Gegenstand eines Gewerbebetriebes im Sinne der Gewerbeordnung bilden konnte, so daß auch die Versicherungspflicht der in einem Bordellbetriebe, also in einem verbotenen Gewerbe beschäftigten Aufwärterinnen zu verneinen war (Reger 21 S. 42; Hoffmann, Anm. 23 d zu § 165 RVO.). Nach den Vorschriften der RVO. kann der Umstand, daß ein Gewerbebetrieb gegen gesetzliche Vorschriften verstößt, die Versicherungspflicht nicht ohne weiteres ausschließen. Vielmehr wird zu fragen sein, ob die Beschäftigung als solche erlaubt oder unerlaubt ist, und nur dann kann eine Beschäftigung die Versicherungspflicht nicht begründen, wenn sie gegen die guten Sitten oder gegen die Strafgesetze verstößt (Anleitung des RVA. Ziff. 9 Abs. 5; Hoffmann a. a. O.). Die Beschäftigung einer Aufwärterin steht aber weder mit den Gesetzen noch mit den guten Sitten in Widerspruch und wird auch dadurch nicht unsittlich oder verboten, daß sie sich in den Räumen vollzieht, die den Zwecken einer unerlaubten Erwerbstätigkeit dienen. Denn an der unerlaubten Erwerbstätigkeit selber hat die Beschäftigung keinen Anteil.

Die klagende Kasse hat deshalb ein Recht, die von ihr zu Unrecht gewährten Leistungen von der beklagten Kasse ersetzt zu verlangen (§ 224 Ziff. 2 RVO.). Da über die Höhe des geltend gemachten Anspruchs kein Streit besteht, ist die eingewendete Berufung zurückzuweisen gewesen.

Erlöschen der Krankenversicherung durch Einziehung zum Kriegsdienst.

Entscheidung des **Versicherungsamts München** v. 8. März 1916 (26 505 K.).

Der Kläger ist seit etwa drei Jahren bei der Stadt T. als Schutzmann in stets widerruflicher Weise gegen einmonatliche Kündigung angestellt. Er wurde von dem Stadtmagistrat bei der Ortskrankenkasse als Pflichtmitglied angemeldet und es wurden Beiträge für ihn entrichtet. Am 22. August 1914 wurde er zum Militärdienst einberufen, am 29. Oktober 1914 bei Arras schwer verwundet und befand sich bis Ende März 1915 in einem Lazarett in militärärztlicher Behandlung. Das Dienstverhältnis war nach der Einberufung nicht gekündigt; Gehalt ist dem Kläger ungekürzt weiterbezahlt worden. Dagegen wurde er nach seiner Einberufung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Tölz abgemeldet, auch wurden von da an keine Beiträge mehr für ihn entrichtet. Erst Ende 1914 wurde er vom Stadtmagistrat wieder angemeldet „mit Rückwirkung und Nachzahlung der Beiträge bis zur vorausgegangenen Abmeldung".

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Tölz hielt diese nachträgliche Anmeldung und Nachentrichtung der Beiträge mit der bezeichneten rückwirkenden Kraft auch für rechtswirksam und zahlte darum dem Kläger auf sein Verlangen Krankengeld vom 29. Oktober 1914 bis 11. März 1915, insgesamt 115 Tage lang. Jedoch gewährte sie ihm nicht das volle Krankengeld, sondern nur die Hälfte. Mit dem Anspruch auf die andere Hälfte des Krankengeldes wurde der Kläger vom Versicherungsamt abgewiesen aus folgenden Gründen:

Der Kläger war bis zu seiner Einberufung Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse; denn seine Tätigkeit im Dienste der Gemeinde begründete seine Versicherungspflicht nach § 165 Ziff. 2 RVO., da er einen Fürsorgeanspruch im Sinne des § 169 RVO. gegen die Gemeinde nicht hatte. Mit seiner Einberufung zum Kriegsdienst erlosch die Versicherungspflicht, mochte sein Dienstvertrag mit der Gemeinde auch rechtlich weiterbestehen, denn die Versicherungspflicht ist ohne tatsächliche Beschäftigung nicht denkbar. Der Arbeitnehmer muß zum mindesten für die Arbeit zur Verfügung stehen. Nun ist in der Rechtsprechung das Weiterbestehen des Beschäftigungsverhältnisses allerdings auch dann angenommen worden, wenn der Beschäftigte unter Fortbestand seines zivilen Anstellungsverhältnisses zu einer militärischen Übung einberufen wurde. Allein hier handelt es sich immer nur um Arbeitspausen von verhältnismäßig kurzer und im voraus bestimmter Dauer. Anders liegen die Verhältnisse bei der Einberufung des Beschäftigten zum Kriegsdienst. Diese setzte den Kläger auf lange und unbestimmte Zeit außerstande, seiner Beschäftigung nachzukommen. Bei der unabsehbaren Dauer dieser Einberufung läßt sich von einem Fortbestand des tatsächlichen Beschäftigungsverhältnisses und damit der Versicherungspflicht auch für die Zeit der Einberufung nicht sprechen.

Der Kläger war deshalb zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles nicht mehr Kassenmitglied. Er war es auch nicht auf Grund des § 313 RVO., weil die Beiträge für ihn nicht binnen drei Wochen nach seinem Ausscheiden aus der Kasse entrichtet wurden. Daraus ergibt sich die Haltlosigkeit der erhobenen Ansprüche.

Kein Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt gegen die Krankenkasse, wenn deren Leistungspflicht bei Einleitung des Heilverfahrens abgelaufen war.

Rev.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (2. Sen.) v. 3. Oktober 1916.

. . . Insbesondere bestehen gegen die vom Versicherungsamte getroffene Feststellung, daß zur Zeit der Aufnahme der M. in die Heilstätte die Unterstützungspflicht der Kasse infolge Ablaufs der Unterstützungszeit

Digitized by Google

(§ 183 RVO.) bereits erloschen gewesen sei, weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Beziehung Bedenken. Blatt 6 der Akten ergibt, daß die M. seit dem 20. Mai 1914 Krankengeld bezogen hat. Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhilfe war also nach § 183 am 18. November 1914 erloschen. Denn die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß die Krankheit der M. während dieser ganzen Zeit in einem zum mindesten Heilbehandlung erfordernden Maße fortgedauert habe, wird durch die Gutachten des Arztes sowie durch die Tatsache, daß die M. sowohl Ende Juli wie Ende Oktober 1914 für das Heilverfahren vorgemerkt worden ist und daß sie ferner in der Zeit bis zur Aufnahme in die Anstalt nur ganz kurze Arbeitsversuche gemacht hat, in hinreichendem Maße gestützt und bindet daher das Revisionsgericht. Ob die M. aber während der ganzen 26 Wochen die Krankenhilfe tatsächlich in Anspruch genommen hat, ist unerheblich; nachdem die Unterstützungsfrist einmal durch Inanspruchnahme der Krankenhilfe in Lauf gesetzt worden ist, kann der Versicherte sie nicht mehr beliebig dadurch unterbrechen, daß er, obwohl die Notwendigkeit der Heilbehandlung auch weiterhin besteht, diese gleichwohl nicht in Anspruch nimmt (zu vergl. Hahn, Handb. der Krankenverf. 8. und 9. Aufl. zu § 183 Nr. 2 d).

Da demnach die Versicherte bei Einleitung des Heilverfahres gegen die beklagte Kasse keinen Anspruch auf Krankenhilfe mehr hatte, so steht auch der Landesversicherungsanstalt kein Ersatzanspruch gegen diese zu, und deshalb mußte die Revision als unbegründet zurückgewiesen werden.

Der Lauf der Frist für die Krankenpflege (§ 183 RVO.) setzt nicht notwendig voraus, daß an jedem Tage ein Akt der Fürsorge stattfindet.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** v. 7. Februar 1917 (26 936 K.).

Vom 3. August 1915 bis 21. August 1916 nahm der Kläger auf Rechnung der beklagten Kasse wegen eines alten Hüftleidens die Hilfe des praktischen Arztes Dr. K. in Anspruch und suchte ihn durchschnittlich 5- bis 6 mal im Monat auf. Vom 7. September 1916 an lehnte die Kasse jede weitere Hilfeleistung ab, da der Kläger schon weit über 26 Wochen ununterbrochen Krankenhilfe bezogen habe. Der Kläger bestritt dies. Er behauptete, er habe den Arzt nicht zur Behandlung, sondern nur zur Beobachtung seines Krankheitszustandes aufgesucht. Eine nur beobachtende ärztliche Tätigkeit sei aber keine Krankenhilfe. Er beanspruche daher vom 7. September 1916 an für die Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit Krankenhilfe in der gesetzlichen Höhe. Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen mit folgender Begründung:

Unter Krankenpflege ist neben den sonstigen in § 182 Ziff. 1 RVO. bezeichneten Leistungen vor allem ärztliche Behandlung, d. h. eine vom Arzt ausgehende heilende Tätigkeit, die eine Linderung oder Beseitigung des Krankheitszustandes bezweckt, zu verstehen, mag sie nun verordnend oder ausführend sein. Vorausgesetzt ist also eine auf die Heilung einer Krankheit gerichtete ärztliche Tätigkeit. Anfangs August 1915 suchte der Kläger den Arzt auf. Der ärztliche Befund lautete auf Entzündung des vorderen Hüftgelenkes und Knochenentzündung am großen Rollhügel . . . Es mag sein, daß die Tätigkeit des Arztes zunächst nur beobachtend war. Sie war dies aber nicht bis zum 26. August 1916. Über ein Jahr vom 15. August 1915 bis 21. August 1916 wurde der Arzt vom Kläger in Anspruch genommen, im ganzen 62 mal. Außerdem wurden in dieser Zeit 22 Punktionen, also operative Eingriffe an dem Kläger vorgenommen und 3 Röntgenaufnahmen gemacht. Eine derartige umfassende ärztliche Tätigkeit erfüllt den gesetzlichen Begriff der ärztlichen Behandlung. Sie beschränkte sich nicht darauf, den Krankheitszustand festzustellen, ihn zu beobachten, sondern zielte auf Heilung ab. Die Tätigkeit des Dr. K. war deshalb Krankenpflege im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. Der Kläger hat über 1 Jahr, also weit über die gesetzliche Unterstützungsfrist hinaus, die Leistungen der beklagten Kasse erhalten. Seine Ansprüche aus dem Versicherungsfall sind damit befriedigt. Weitere Ansprüche kann er nicht erheben.

Die auf 26 Wochen bestimmte Frist des § 183 RVO. setzt nicht notwendig voraus, daß an jedem einzelnen Tag ein besonderer Akt der Fürsorge stattfinden muß, es genügt, daß die Fürsorge sich zusammenhängend über die Frist erstreckt. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenverf. Anm. e zu § 183 RVO.

Entlassung aus dem Krankenhause auf Wunsch des Versicherten mit Bewilligung der Kasse bewirkt keinen Anspruchsverlust. — Anwendung des § 180 Abs. 3 RVO. bei gemischter Beschäftigung?

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** v. 25. April 1917 (9265 K.).

. . . Durch die rechtsgültige Krankenhauseinweisung des Klägers beschränkte sich die Verpflichtung der Beklagten auf Gewährung von Kur und Verpflegung im Krankenhause. Durch die Entlassung aus dem Krankenhause, die zwar auf Wunsch des Klägers, aber mit Einwilligung der Beklagten erfolgte, die ihn für ärztlicher Hilfe nicht bedürftig und arbeitsfähig hielt, wurde die Einweisung in das Krankenhaus wieder aufgehoben. Von da ab hatte der Kläger wieder die Leistungen des § 182 RVO. zu beanspruchen. Die von der Kasse nach seiner Ent-

Digitized by Google

lassung an ihn gerichtete Mitteilung, daß jede andere Unterstützung als Pflege im Krankenhause verweigert werde, kann als eine rechtsgültige neue Einweisung in das Krankenhaus gemäß § 184 RVO. nicht betrachtet werden. Eine Krankenhauseinweisung muß die bestimmte Aufforderung an den Versicherten enthalten, in ein bestimmtes Krankenhaus einzutreten. Sie muß auch die Gründe klar erkennen lassen. Ein bloßes „Anheimgeben" verpflichtet den Versicherten nicht (Bad. VGH. bei Reger 30 S. 443). Diesen Erfordernissen einer rechtlich gültigen Krankenhauseinweisung entspricht die vom Geschäftsführer der Kasse abgegebene Erklärung, daß sie dem Kläger nur Krankenhauspflege gewähre, nicht. Sie schreibt dem Versicherten nicht den Eintritt ins Krankenhaus aus bestimmten Gründen vor, sondern überläßt es ihm, das Krankenhaus aufzusuchen, sofern er überhaupt noch Krankenhilfe von der Kasse beansprucht. Die Erklärung enthält also keine Anordnung an den Versicherten, wie sie zum Begriff der Krankenhauseinweisung gehört. Sie hatte deshalb auch nicht deren rechtliche Wirkung, nämlich den Verlust des Anspruchs auf die Leistungen aus § 182 RVO., zur Folge. Ob für den Kläger Rechtsnachteile durch die Entfernung aus dem Kassenbezirk entstanden sind, kann unentschieden bleiben, denn er beansprucht nur Krankengeld. Der Anspruch auf Geldleistungen geht aber nicht dadurch verloren, daß der Versicherte das Geld nicht rechtzeitig abholt oder sich außerhalb des Kassenbezirks aufhält (Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 10c zu § 182 RVO.). Der Anspruch des Klägers auf Krankengeld ist deshalb begründet.

Die beklagte Kasse hat von der durch § 181 Abs. 3 RVO. gegebenen Möglichkeit in § 20 ihrer Satzung Gebrauch gemacht und bestimmt, daß für diejenigen Versicherten, die nach der Art ihrer Beschäftigung einer Landkrankenkasse anzugehören hätten, der Ortslohn als Grundlohn gilt. Es ist zu prüfen, ob diese Bestimmung für den Kläger gilt. Nach seiner glaubwürdigen Aussage war er nicht nur landwirtschaftlich oder als Dienstbote, sondern auch, und zwar zu einem erheblichen Teil seiner Gesamtarbeitsleistung, im Gastwirtschaftsbetrieb als Hausmeister beschäftigt. Diese letztere Beschäftigung des Klägers ist nach § 439 RVO. für seine Versicherung auch dann maßgebend, wenn sie nicht überwiegend gewesen sein sollte. Es genügt, daß sie nicht zu den „vorübergehenden Dienstleistungen" des § 168 RVO. gehörte. Mithin hat der Kläger Anspruch auf das höhere Krankengeld des § 19 der Satzung.

B. Zur Unfallversicherung.

Beschäftigung weiblicher und jugendlicher Personen sowie Kriegsbeschädigter an gefährlichen Betriebseinrichtungen.

Rundschreiben des **Reichsversicherungsamts** v. 20. Dezember 1916 (Amtl. Nachr. S. 770).

Bei Durchführung des Reichsgesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst wird die Beschäftigung weiblicher und jugendlicher Personen in gewerblichen Betrieben eine weitere Steigerung erfahren. Die Verhältnisse werden auch dazu zwingen, diese Personen in größerem Umfang an Betriebseinrichtungen und mit Arbeitstätigkeiten zu beschäftigen, von welchen sie nach den berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften bisher ausgeschlossen waren. Dadurch entsteht ein Zwiespalt zwischen den Anforderungen der Unfallfürsorge und der Notwendigkeit, die vorhandenen Arbeitskräfte, auch die weiblicher und jugendlicher Personen, tunlichst in den Dienst des Volkes zu stellen. Das Reichsversicherungsamt nimmt deshalb Anlaß, die Berufsgenossenschaften auf folgendes hinzuweisen.

Das vaterländische Gebot der Stunde läßt sich mit den Forderungen des Unfallschutzes dadurch in Einklang bringen, daß weibliche und jugendliche Personen zu ihnen bisher unzugänglichen Arbeiten mit Zustimmung des Vorstandes der Berufsgenossenschaft zugelassen werden, wenn die Betriebsunternehmer ihre Gesuche an den Vorstand durch den Nachweis stützen, daß die Aufrechterhaltung des Betriebes in dem notwendigen Umfang bei dem Mangel an männlichen Arbeitern die Einstellung weiblicher und jugendlicher Arbeiter unabweisbar macht. Voraussetzungen der Genehmigung sind ferner, daß durch geeignete Auswahl der den Arbeitern zugewiesenen Tätigkeit, durch Verwendung besonderer unfallsicherer Arbeitskleidung bei weiblichen Personen, durch umfassende Umgestaltung der Betriebseinrichtungen mit Schutzvorkehrungen und gewissenhafte Unterweisung in der Benutzung der Maschinen und Apparate dem Arbeiterschutze Rechnung getragen wird. Die Bedienung besonders gefährlicher Maschinen wird auszuschließen sein, da bei geeigneter Arbeitsteilung den weiblichen und jugendlichen Arbeitern regelmäßig weniger gefährliche Arbeit zugewiesen werden kann.

Ferner ist zu erwarten, daß zur Durchführung der Arbeitstherapie und zur Wiederaufnahme der Berufsarbeit eine wachsende Zahl von Kriegsbeschädigten in den Betrieben zu beschäftigen sein wird. Auch hier wird eine wohlwollende Auslegung der Unfallverhütungsvorschriften empfohlen, insoweit sie unter ge-

Digitized by Google

wissen Voraussetzungen eine Beschäftigung von Personen, die mit Gebrechen behaftet sind, bei für sie besonders gefährlichen Arbeiten ausschließen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß körperlich beschädigte Arbeiter an geeigneter Stelle unter Beachtung gebotener Vorsichtsmaßnahmen ohne besondere eigene und der Mitarbeiter Gefährdung verwendet werden können. Es gilt im vaterländischen Interesse, auch die den Kriegsbeschädigten verbliebene Arbeitskraft nach Möglichkeit zu verwerten.

Wenn die Unfallverhütungsvorschriften keine ausdrückliche Handhabe zur Erteilung der Genehmigung in den vorgedachten Fällen bieten, so ist das Reichsversicherungsamt bereit, den Vorständen eine besondere Ermächtigung für die Dauer des Krieges oder bis zu einer entsprechenden Abänderung der Unfallverhütungsvorschriften zu erteilen.

Sollte sich trotz sorgfältiger Beachtung der Unfallverhütungsvorschriften und der vorstehenden Vorsichtsmaßregeln ein Unfall bei den vom Vorstand zugelassenen Arbeitsleistungen weiblicher, jugendlicher oder kriegsbeschädigter Personen ereignen, so würde diesseitigen Erachtens eine Bestrafung oder Haftbarmachung des beteiligten Unternehmers nicht mehr in Frage kommen können. In gleicher Weise wäre zu verfahren, wenn ein Unternehmer in dringenden Fällen auf eigene Gefahr Personen der vorbezeichneten Art beschäftigte und sich, obgleich er erweislich alle Vorsichtsmaßregeln getroffen hatte, gleichwohl ein Unfall ereignete.

Um die Genossenschaftsmitglieder über das hiernach von ihnen zu beobachtende Verhalten aufzuklären, wird empfohlen, alsbald unter Berücksichtigung der vorstehend dargelegten Gesichtspunkte und entsprechend den besonderen Betriebsverhältnissen der in der Berufsgenossenschaft vereinigten Gewerbszweige den Mitgliedern Richtlinien bekannt zu geben, von denen ein Stück dem Reichsversicherungsamt einzureichen ist.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1917 S. 66 ff.)

Nr. 189. Vorzeichner einer Brückenbau-Aktiengesellschaft, welche aus den im technischen Bureau in verkleinertem Maßstab hergestellten Konstruktionszeichnungen die Einzelteile herauszuziehen und auf Papier oder auf Metall in natürlichem Maßstab zu übertragen, hierbei die Einzelmaße und Systemdreiecke nachzurechnen und auf Irrtümer in der Aufrechnung oder im Zusammenpassen der einzelnen Anschlüsse nachzuprüfen und bei nicht ganz ausgerechneten Zeichnungen die Zwischenmaße selbst festzustellen haben, sind versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 190. Die wechselnden Auftraggeber, bei denen eine Krankenschwester gegen Entgelt Privatpflegen übernimmt, sind nicht beitragspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 191. Ein gegen Wochenlohn und vierzehntägige Kündigung angestellter Faktor einer Druckerei, der unter der Oberleitung des fachkundigen Betriebsleiters oder dessen Stellvertreter die Arbeit an die Setzer verteilt und ihre ordnungsmäßige Ausführung überwacht und den größten Teil des Tages mit Setzen und Lesen von Korrekturen beschäftigt wird, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 192. Ein Lagermeister in einer Ölfabrik, dem 20 Arbeiter unterstellt sind und der für den Versand der Waren und neben dem Betriebsleiter für den Bestand des Lagers verantwortlich ist, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 193. Ein lediglich praktisch vorgebildeter Gärtner, der die ihm vom Obergärtner aufgetragenen Arbeiten unter die ihm beigegebenen Arbeiter zu verteilen und diese zu beaufsichtigen, sonst aber sowohl schwierigere gartentechnische Arbeiten selbst auszuführen als auch bei einfachen mitzuarbeiten hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 194. Ein Pianist, welcher gegen Vergütung Vorführungen eines Lichtspieltheaters begleitet, ist nicht Bühnenmitglied im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 4 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 195. Zulagen, die aus Anlaß der durch den Krieg verursachten Teuerung gewährt werden, sind als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen, auch wenn sie nur für unbestimmte Dauer und auf jederzeitigen Widerruf bewilligt sind.

Nr. 196. Die Bekleidung eines Ehrenamts schließt die Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht aus, wenn die Beschäftigung gegen eine Vergütung stattfindet, die nicht lediglich einen Ersatz für Unkosten darstellt, sondern für die Bestreitung des Lebensunterhalts von wesentlicher Bedeutung ist.

Nr. 197. Der staatlich geprüfte Lokomotivführer der Betriebsbahn eines industriellen Unternehmens, deren Züge nicht nur auf der Betriebsstätte, sondern

Digitized by Google

erheblich darüber hinaus Personen und Materialien befördern und hierbei die Geleise einer öffentlichen Kleinbahn benutzen, ist versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 198. Ein bei einem Telegraphenamt beschäftigter Hugheskontrolleur, der abgehende Telegramme mit der Urschrift zu vergleichen und gegebenenfalls berichtigen zu lassen hat, für Fehler bei der Übermittlung mit verantwortlich ist und die Beförderungs- und Empfangsvermerke auszufüllen hat, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 199. Ein Zuckerkocher, der unter einem Siedemeister während der dreimonatlichen Zuckerkampagne das Kochen der Füllmasse besorgt und dabei die ihm behilflichen Arbeiter beaufsichtigt, während des übrigen Teiles des Jahres aber wie ein Handarbeiter beschäftigt wird, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 200. Der Kontrolleur einer Straßenbahn, der die Schaffner auf die sachgemäße Erfüllung ihrer Dienstpflichten überwacht, insbesondere darauf achtet, daß sie ihren Dienst rechtzeitig antreten, die Fahrscheine richtig ausgeben und im Fahrbericht eintragen, den Fahrplan einhalten und die Haltestellen abrufen, der ferner auf ordnungsmäßige Reinigung, Bezeichnung und Heizung der Wagen zu achten und bei Betriebsstörungen die üblichen Anordnungen zu geben hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Der Stromkontrolleur einer Straßenbahn, der die Wagenführer in der wirtschaftlichen Verwendung des Stromes zu überwachen hat, ferner ein Fahrmeister einer Straßenbahn, der die Wagenführer anzuleiten und auszubilden und nach Weisung des Betriebsingenieurs zu beaufsichtigen, insbesondere auch in der wirtschaftlichen Verwendung des Stromes zu überwachen hat, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 201. Eine Anstellung auf Probe schließt die Versicherungspflicht nicht aus, sofern die Beschäftigung als solche nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig ist.

Nr. 202. Ein in der Malerabteilung einer Linoleumfabrik Beschäftigter, der unter der Oberleitung eines Betriebsleiters und eines Ingenieurs 2 Maler und 1 Arbeiter beaufsichtigt und ein Materialienverzeichnis führt, während des größten Teils des Tages aber körperlich arbeitet, indem er die Farben nach den näheren Angaben des Betriebsleiters und des Ingenieurs mischt und auf ihre Mischkraft prüft, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 203. Eine ausgebildete Pflegerin in einer staatlichen Irrenanstalt, welche im Küchendienst mit selbständigen Anordnungsbefugnissen verwendet wird, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Weitgehende Gleichstellung von Ausländern mit Inländern in der Wohlfahrtspflege.

Entscheidung des **Bundesamts für das Heimatwesen** vom 24. März 1917.

Zwischen den Parteien ist lediglich die Frage streitig, ob Unterstützungen, die der Kläger der unverehelichten Arbeiterin Josefa A. gewährt hat, als Armenpflege oder auf Grund des Gesetzes vom $\frac{\text{28. Februar 1888}}{\text{4. August 1914}}$, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften, als Kriegsunterstützung anzusehen sind, oder ob diese Aufwendungen etwa unter das Kriegsleistungsgesetz vom 13. Juni 1873 fallen. Die A. ist russische Staatsangehörige, ihr unehelicher Sohn, der sie unterhalten hatte, dient jedoch im deutschen Heere. Sie hatte in Horst-Emscher den landesrechtlichen Unterstützungswohnsitz erworben, ist aber auf Grund einer allgemeinen Verfügung des Chefs des stellvertretenden Generalstabs aus ihrem bisherigen Aufenthaltsorte, weil weniger als 20 km von Essen entfernt, ausgewiesen und nach Dortmund abgeschoben worden.

Der erste Richter hat angenommen, daß Kriegsunterstützung zu gewähren sei und hat deshalb die Klage abgewiesen.

Der rechtzeitig dagegen eingelegten Berufung mußte der Erfolg versagt werden. Daß der Hilfsbedürftigkeit eines aus militärischen Gründen aus einem bestimmten Bezirk ausgewiesenen Ausländers durch die Armenverwaltung abgeholfen werden muß, hat das Bundesamt bereits in dem zum Abdruck in Bd. 51 bestimmten Urteile vom 30. September 1914 in Sachen Münsterberg gegen Breslau angenommen. Von diesem Standpunkt abzugehen, besteht keine Veranlassung (vgl. auch Bd. 50 S. 102).

Zu prüfen bleibt dagegen die Frage, **ob die ausländischen Angehörigen von Militärpersonen, die im deutschen Heere dienen, einen Anspruch auf Kriegsunterstützung haben**, durch den allerdings nach der feststehenden Rechtsprechung des Bundesamts jede armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit in Fortfall kommen würde. Der Fall, daß im deutschen Heere dienende Personen ausländische an sich unter das Gesetz vom $\frac{\text{28. Februar 1888}}{\text{4. August 1914}}$ fallende Angehörige besitzen, kann sehr wohl eintreten. Es können die betreffenden Militärpersonen eingebürgert sein, nicht aber ihre Angehörigen; die unehelichen Kinder einer ausländischen Mutter teilen nach § 4 des Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetzes vom 22. Juli 1913 die Staatsangehörigkeit der Mutter, nicht die des

Digitized by Google

inländischen Vaters und schließlich kann nach § 11 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874 / 22. Juli 1913 (§ 12 Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetzes vom 22. Juli 1913, § 21, 2 der Wehrordnung) selbst der Fall eintreten, daß Ausländer im deutschen Heere dienen. Die Beziehungen der Ausländer zum Aufenthaltsstaate sind nicht in jeder Hinsicht gesetzlich festgelegt. Sie genießen den Schutz der inländischen Gesetze, sind auch im allgemeinen in Hinsicht des bürgerlichen Lebens (privatrechtlich) den Inländern gleichgestellt. Dagegen findet eine solche Gleichstellung grundsätzlich im öffentlichen Recht nicht statt, insbesondere sind Ausländer von allen politischen, aktiven Staatsbürgerrechten ausgeschlossen. Liebrecht vertritt in seinem Erläuterungsbuche zum Gesetz, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften (3. Aufl. A 1 zu § 1) die Auffassung, daß nur deutsche Familien unterstützungsberechtigt seien, weil die aus dem erwähnten Gesetz fließenden Berechtigungen staatsbürgerlicher Natur und daher durch die Reichsangehörigkeit bedingt seien. Abweichend davon bestimmt die Entschließung des Königlich Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 31. Oktober 1914 (Liebrecht a. a. O. S. 156), daß es auf die Reichsangehörigkeit für die Unterstützung nicht ankomme, und daß bei Eintritt des Sohnes zum deutschen Waffendienst die von ihm unterhaltene Mutter unterstützungsberechtigt sei, auch wenn sie etwa Österreicherin geworden sei. Ebenso schreibt der Erlaß des Königlich Württembergischen Ministeriums des Innern vom 20. Mai 1915 (Liebrecht a. a. O. 188) vor, daß die Familienunterstützung auch Angehörigen ausländischer Staaten zu gewähren sei, sofern im übrigen die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür gegeben seien. Und in dem gleichen Sinne bestimmt auch der Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 28. April 1915 Ziffer 3 (Liebrecht a. a. O. S. 110), daß uneheliche Kinder, welche eine fremde Staatsangehörigkeit — auch die einer feindlichen Macht — besitzen, unterstützungsberechtigt sein sollen, sofern sich diese Kinder im Inland befinden und ihre unehelichen Väter in den deutschen Heeresdienst eingetreten sind.

Der von Liebrecht dagegen angeführte Grund, daß es sich um Berechtigungen staatsbürgerlicher Natur handle, die durch den Besitz der Reichsangehörigkeit bedingt seien, kann nicht für zutreffend erachtet werden. Denn *gerade auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege sind Ausländer im weitesten Umfange den Inländern gleichgestellt*. Es sei auf die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 216 Ziff. 3, 596, 615 Ziff. 3, 4, 1116 Ziff. 3, 1313 Ziff. 2, 1233) und des Unterstützungswohnsitzgesetzes (§ 60) hingewiesen. Daß ausdrückliche Vorschriften hierüber im Familienunterstützungsgesetze fehlen, kann nicht ohne weiteres ausschlaggebend sein, da es sich nicht um Berechtigungen handelt, die ihrer staatsrechtlichen Natur nach ohne weiteres nur für Inländer in Betracht kommen könnten, weil sie etwa ein Entgelt für Leistungen sind, die nur Inländern auferlegt sind. Die Leistung, um die es sich dabei handeln könnte, ist die Erfüllung der Dienstpflicht im deutschen Heere.

Denn wenn das Familienunterstützungsgesetz auch nur von Ansprüchen spricht, die den Angehörigen der Kriegsteilnehmer zustehen sollen, so ist nach dem Zweck des Gesetzes und den vorangehenden Beratungen der gesetzgebenden Körperschaften kein Zweifel darüber, daß die Unterstützungen ihrer Angehörigen im Zusammenhang mit den Dienstleistungen der Kriegsteilnehmer stehen sollten, daß diesen die Gewißheit gegeben werden sollte, für ihre Angehörigen sei gesorgt (vgl. Sten. Ber. der II. Preuß. Kammer, Bd. 4, 4. Januar bis 8. Februar 1850, 84. Sitzung, S. 1929, Bd. 5, 9. Februar bis 26. Februar 1850, S. 2861, Sten. Ber. des deutschen Reichstags, 7. Leg. Periode, 1887/88 Bd. 103, Drucksache 15, S. 139 fg. Bd. 101, S. 111 fg., 634 fg., vgl. Urt. d. BA. Bd. 49, S. 29). Es kann auch auf § 11 des Familienunterstützungsgesetzes Bezug genommen werden, nach welchem bestimmte Verfehlungen des Kriegsteilnehmers, Fahnenflucht und Verurteilung zu über 6 monatiger Gefängnisstrafe, den Anspruch seiner Angehörigen auf Unterstützung ausschließen.

Das Familienunterstützungsgesetz macht keinen Unterschied zwischen ausländischen und inländischen Staatsangehörigen. Seine Vorschriften erstrecken sich daher auf die Sicherstellung der Angehörigen aller von dem Gesetze überhaupt betroffenen Kriegsteilnehmer ohne Unterschied ihrer Staatsangehörigkeit. Die Kriegsteilnehmer sollten schlechthin der Sorge für die Person ihrer Angehörigen enthoben sein. Dabei kann die Frage der oft von Zufälligkeiten abhängigen Staatsangehörigkeit keine Rolle spielen. Und wenn der Kriegsteilnehmer, wie es im vorliegenden Falle als möglich bezeichnet wird, selbst Ausländer sein sollte, so können ihm, da er im deutschen Heere steht, nicht die Rechte vorenthalten werden, die den deutschen Kriegsteilnehmern gesetzlich zugesichert sind. Der Entschluß eines Ausländers, im deutschen Heere zu dienen, kann nicht geringer bewertet werden, als die Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht durch deutsche Reichsangehörige. Demgegenüber kann der Gesichtspunkt, daß es sich um Kriegsaufwand handle, der jedenfalls feindlichen Ausländern nicht zugute kommen dürfe, dann nicht maßgebend sein, wenn sich die Angehörigen im Inlande befinden und die Zahlungen an sie deshalb nicht dem gesetzlichen Verbot der Zahlungen in das Ausland (vgl. für Rußland Zahlungsverbot vom 19. November 1914, RGBl. S. 479, vom 20. Dezember 1914, RGBl. S. 550) unterliegen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für das Jahr 1916.

Der Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für 1916 weicht insofern von seinen Vorgängern ab, als er erstmalig die Krankenversicherung in einem besonderen Abschnitt behandelt. Nachstehend teilen wir das wesentlichste aus dem Bericht mit. Die darin erwähnten Entscheidungen übergehen wir, da sie in der ArbVers. schon fortlaufend berücksichtigt worden sind.

In der Zusammensetzung des Reichsversicherungsamts hat sich gegenüber dem Vorjahre nichts geändert. Es sind vorhanden 56 höhere Beamte, 100 richterliche Beisitzer und rund 310 Bureaubeamte. In den Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungs-

Digitized by Google

amts wurden im Berichtsjahr 248 Entscheidungen und Bescheide veröffentlicht. — Das Zusammenwirken der Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiet der ersten Hilfe dauert fort. — Ein in deutscher, französischer und flämischer Sprache verfaßtes Merkblatt über die deutsche Arbeiterversicherung und ihre Leistungen hat weite Verbreitung gefunden. — Auf die ersten fünf Kriegsanleihen haben die Träger der Unfall- und Invalidenversicherung 1031 Millionen Mark gezeichnet. — Das Reichsversicherungsamt hat den Berufsgenossenschaften Entnahmen aus den Rücklagen gestattet, so daß deren Umlagen um 15 836 000 ℳ erleichtert wurden. Mit dem Reichsamt des Innern ist wiederholt die etwaige Versicherung der in deutschen Betrieben beschäftigten Kriegsgefangenen erörtert worden. Hierbei wurde festgestellt, daß Kriegsgefangene als unfreie Personen der deutschen Sozialversicherung nicht unterliegen und ihr auch nicht freiwillig unterstellt werden können. Dagegen ist der Grundsatz, daß die übrigen in Deutschland arbeitenden Angehörigen feindlicher Staaten im Hinblick auf die ihnen auferlegten Beschränkungen ebenfalls unfrei und nicht zu versichern sind, mehrfach durchbrochen worden, z. B. hinsichtlich der angeworbenen russisch-polnischen Arbeiter.

A. Unfallversicherung.

I. Verwaltung.

Den Berufsgenossenschaften ist empfohlen worden, auch im Jahre 1916 tunlichst von Wahlen abzusehen. Das kann um so eher geschehen, als die Amtsdauer aller Vertreter bis zum Schlusse des Jahres erstreckt worden ist, das dem der Beendigung des Krieges folgt. Die Besprechungen der Berichte der technischen Aufsichtsbeamten unter Hinzuziehung der Vertreter der Versicherten (§ 857 RVO.) haben zu manchen Anregungen geführt, die bei der weiteren Ausgestaltung der Unfallverhütung verwertet werden sollen.

Im Berichtsjahr waren wie bisher 68 gewerbliche und 49 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, ferner 191 Reichs- und Staatsausführungsbehörden und 378 Provinzial- und gemeindliche Ausführungsbehörden vorhanden. Bei den Berufsgenossenschaften waren im Jahre 1915 versichert 6 274 878 Betriebe mit 24 950 338 Beschäftigten, bei den Ausführungsbehörden 1 194 243 Beschäftigte. In der hiernach vorhandenen Gesamtzahl von rund 26 Millionen Versicherten erscheinen rund 3,3 Millionen Versicherte doppelt, da in der Landwirtschaft, für die die Ziffern nur geschätzt sind, eine Anzahl anderweit gezählter Personen einbegriffen sind. — Nach vorläufigen Ermittlungen belief sich die Zahl aller im Jahre 1916 gemeldeten Unfälle auf 601 004, die der erstmalig entschädigten auf 103 367. Die im Jahre 1916 verausgabten Entschädigungen betrugen nach vorläufigen Feststellungen 177 026 012 ℳ gegen 173 318 705 ℳ im Jahre 1915. Im Jahre 1916 wurden Entschädigungen gezahlt oder angewiesen an 848 274 Verletzte, 106 124 Witwen, 113 392 Kinder und Enkel Getöteter, 5062 Verwandte aufsteigender Linie Getöteter. Daneben erhielten 9484 Ehefrauen, 19 056 Kinder und Enkel und 227 Verwandte aufsteigender Linie als Angehörige von Verletzten, die in Heilanstalten untergebracht waren, Unterstützungen, so daß 1 101 619 Personen Bezüge auf Grund der Unfallversicherung erhielten.

Für eine Anzahl Berufsgenossenschaften wurden neue Gefahrtarife und neue Unfallverhütungsvorschriften genehmigt. Die Beratung neuer Normal-Unfallverhütungsvorschriften der Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften konnte nicht abgeschlossen werden, ebenso die für landwirtschaftliche Geräte und Sprengmittel, Viehhaltung, Fuhrwerkshaltung usw. Die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften wurde mit besonderer Aufmerksamkeit überwacht. Ermittlungen über die Unfallhäufigkeit haben ergeben, daß bei keiner Berufsgenossenschaft die Unfallziffer eine Höhe erreicht hat, die außergewöhnliche Maßnahmen rechtfertigt. Die Betriebe konnten soweit überwacht werden, daß nicht offenbare Übelstände eintraten. Es ist der Vorschlag gemacht worden, die Grundzüge der Unfallverhütungsvorschriften in den Volksschulen als Unterrichtsgegenstand einzuführen. Den Schulaufsichtsbehörden, die darauf eingingen, wurden die nötigen Unterlagen zur Verfügung gestellt. Von 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften haben 64 insgesamt 388 Stellen für technische Aufsichtsbeamte eingerichtet. Gegenwärtig sind diese Stellen durch 377 Personen besetzt. Infolge Einberufung zum Heeresdienst waren zahlreiche Beamte verhindert, den Überwachungsdienst auszuüben. Die 64 Genossenschaften, bei denen im Jahre 1915 Aufsichtsbeamte tätig waren, haben Jahresberichte erstattet, in denen sie 35 412 Revisionstage nachweisen. Im einzelnen entfallen 25 750 Tage auf Betriebsbesichtigungen, 5425 auf Lohnbuchprüfungen und 4236 auf die Kontrolle der Rentenempfänger sowie auf andere Dienstgeschäfte.

In rund 1100 Fällen wendeten sich Versicherte an das Amt mit der Bitte um Hilfe irgendwelcher Art. — Die in der ersten Kriegszeit ausgesetzte Prüfungstätigkeit des Ober-Rechnungsrevisors ist in beschränktem Umfange wieder aufgenommen worden. Geprüft wurden 12 berufsgenossenschaftliche Verwaltungsstellen. Heilanstalten wurden (nach § 34 RVO.) nicht geprüft. — Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, welche die Beiträge nach Grundsteuerfuß erheben, ist erhebliches Fallen der Verhältniszahl (von 54,05 v. H. auf 52,17 v. H.) eingetreten, während die Verhältniszahl bei den Berufsgenossenschaften mit Arbeitsbedarfsmaßstab die gleiche geblieben ist. — Die Fälle, in denen die Träger der Unfallversicherung das Heilverfahren bereits innerhalb der Wartezeit übernommen haben, haben sich vermindert. Indes ist auch weiter auf die Frühbehandlung und die sogen. Arbeitstherapie besonderes Augenmerk gerichtet worden. Die soziale Fürsorge darf nicht mit Abschluß der medizinischen Heilbehandlung als beendet angesehen werden, da sonst wertvolle menschliche Arbeitskraft verloren gehen kann. Hier können besondere Werkstätten helfen, in denen die an ihrer Gesundheit Geschädigten wieder allmählich an die Lohnarbeit gewöhnt werden. Ihr Vorzug gegenüber dem medico-mechanischen Verfahren besteht vor allen Dingen darin, daß die Übung des beschädigten Gliedes schneller gefördert wird, da der Verletzte bei der schaffenden Tätigkeit der Werkstattarbeit zu höherem Eifer angespornt ist. — Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften haben sich auch im Berichtsjahr erfreulich gestaltet.

2. Rechtsprechung.

Im Jahre 1916 wurden von den gewerblichen Versicherungsträgern 224 316 und von den landwirtschaftlichen 144 291 Bescheide nach den §§ 1538, 1606 RVO. erlassen, darunter 35 194 und 14 482 Endbescheide. Die Zahl der Endbescheide ergibt gleichzeitig die Zahl der erledigten Einsprüche nach § 1591 RVO. In 1088 Fällen geschah die Vernehmung des Verletzten durch den Versicherungsträger, in 47 765 (97,77 v. H.) durch das Versicherungsamt. Von den Endbescheiden ergingen 4230 (8,66 v. H.) zugunsten des Versicherten und 44 623 (91,34 v. H.) zugunsten

Digitized by Google

des Versicherungsträgers. Über die Tätigkeit der Oberversicherungsämter sind leider Angaben nicht vorhanden.

Beim Reichsversicherungsamt wurden im Berichtsjahr 5286 Rekurse und Anträge aus der Unfallversicherung (gegen 5800 im Jahre 1915) anhängig. Die Abnahme ist durch die Beschränkung des Rechtsmittels des Rekurses gegen früher herbeigeführt. Von den Rekursen betrafen 4483 die gewerbliche und 711 (13,7 v. H.) die landwirtschaftliche Unfallversicherung. In 4231 (81,5 v. H.) Fällen war der Rekurs von Versicherten, in 963 (18,5 v. H.) von den Versicherungsträgern eingelegt. Bei den Versicherten der gewerblichen Unfallversicherung war die Rekurshäufigkeit weit größer als bei den der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Mit den aus dem Vorjahr unerledigten Sachen waren 12 647 (gegen 16 295) Rekurse und Anträge zu erledigen. Eine weitere Aufklärung des Sachverhalts hat das Reichsversicherungsamt in 1923 Fällen für notwendig erachtet; in 459 Fällen wurden ärztliche Gutachten eingeholt. Es fanden statt 546 Sitzungen mit 7523 mündlichen Verhandlungen (gegen 606 Sitzungen mit 8869 Verhandlungen im Jahre 1915). Unter den Sitzungen befanden sich 3 des Großen Senats. Zur mündlichen Verhandlung war erschienen der Verletzte persönlich in 806 Fällen, ein Bevollmächtigter in 1712 Fällen, ein Vertreter der Versicherungsträger in 2310 Fällen, überhaupt niemand in 3747 Fällen. Unter den Vertretern befand sich nur in 71 Fällen ein Rechtsanwalt. Durch Urteil wurden erledigt 84,7 v. H. der Rekurse, durch Verfügung des Vorsitzenden gemäß § 1713 RVO. 9,4 v. H., durch Zurücknahme, Vergleich 5,9 v. H., 4894 Rekurse wurden als unerledigt ins Jahr 1916 übernommen. Die Zurückweisung durch Verfügung, weil der Rekurs unzulässig oder verspätet war, war bei den Rekursen der Versicherungsträger selten; häufiger war bei diesen die Zurücknahme, ein Vergleich usw. Was den Erfolg der Rekurse anbetrifft, so wurden im Jahre 1916 von den rekursfähigen, der Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts unterliegenden Schiedsgerichts- oder Oberversicherungsamtsurteilen 1413, das sind 22,2 v. H., völlig oder teilweise in der Rekursinstanz abgeändert. Bei den Rekursen der Versicherten betrugen die entsprechenden Zahlen 17,3, bei denen der Versicherungsträger 44,9. Durch Zurückverweisen an die Vorinstanz wurden 86 Rekurse, das sind 1,4 v. H., erledigt.

Die den Urteilen zugrunde liegenden Streitfragen betrafen am häufigsten die Anwendung des § 88 GUVG. (Änderung der Rente wegen wesentlicher Veränderung der Verhältnisse) und der entsprechenden Bestimmungen der übrigen Unfallversicherungsgesetze und der Reichsversicherungsordnung, und zwar in 42,3 v. H. der Fälle. Nächst häufig waren Streitsachen, in denen es sich um den Grad der Erwerbsunfähigkeit handelt, die 16,9 v. H. betrugen. Um den Beweis des Unfalles handelte es sich in 7,0 v. H., um die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem Betriebsunfall und der Erwerbsunfähigkeit anzunehmen war, in 14,5 v. H., um die Frage, ob ein Unfall „beim Betriebe" vorlag, in 5,7 v. H. der Fälle. Die Frage, welcher Versicherungsträger entschädigungspflichtig sei, war nur in 0,6 v. H. der Urteile im Streite. Was die Dauer der Erledigung der Streitsachen betrifft, so wurden 35,28 v. H. der Rekurse im Berichtsjahr eingelegt und erledigt, 63,53 v. H. der erledigten Rekurse waren 1915 eingelegt, 20,33 v. H. im Jahre 1914, 3,10 v. H. im Jahre 1913 usw.

Die Zahl der beim Reichsversicherungsamt in Unfallversicherungsangelegenheiten eingelegten Beschwerden betrug 1691, so daß mit den aus dem Vorjahr unerledigt gebliebenen 577, zusammen 2268 aufzuarbeiten waren. Meist, und zwar in 1228 Fällen, waren es sogen. Arbeiterhilfsgesuche. Außer diesen Beschwerden waren noch 440 Betriebsverzeichnisbeschwerden, 192 Gefahrtarif-, Umlage-, Prämien- und Abschätzungsbeschwerden und 38 Strafbeschwerden zu erledigen. Dem Ersten Beschlußsenate lagen 84 Beschwerden zur Entscheidung vor. Erledigt wurden 51. Über die Beschwerden gegen die Strafverfügungen der Genossenschaftsvorstände und Versicherungsämter wegen Zuwiderhandlung gegen die Unfallverhütungsvorschriften entscheidet der zweite (technische) Beschlußsenat. Er hatte zusammen 38 Sachen zu bearbeiten. In der Mehrzahl der Fälle wurden die Beschwerden abgewiesen.

(Schluß folgt.)

Literarisches.

Die rechtliche Stellung der Beamten und Angestellten der Versicherungsträger nach deutschem Sozialversicherungsrecht. Von Dr. Kurt Werthauer. Inaugural-Dissertation. Greifswald 1917 (59 Seiten).

Doktorarbeiten aus dem Gebiete des Sozialversicherungsrechts sind nicht eben häufig; systematisch und praktisch wertvolle Arbeiten dieser Art sind von besonderer Seltenheit. Eine solche erfreuliche Seltenheit liegt hier vor. Eine umsichtige, auf sorgsamer Prüfung und Verwertung der Literatur und Rechtsprechung beruhende Erörterung über den Begriff des Staatsbeamten überhaupt und des mittelbaren Staatsbeamten im besonderen legt den Grund für eine theoretisch sichere und praktisch fruchtbare Erfassung und Beurteilung der Rechtsstellung der Beamten der Landesversicherungsanstalten, der Krankenkassen und der Beamten der Versicherungsanstalt für Angestellte, sowie der nicht zu den Beamten gehörenden Angestellten der Versicherungsträger. Was der Verfasser aus seiner grundsätzlichen Auffassung für die Praxis gewinnt, tritt besonders im § 11, der die Folgen der Beamteneigenschaft für die Beamten der Versicherungsträger behandelt, zutage. Rechtsprechung und Verwaltung werden allen Anlaß haben, die grundsätzliche Beurteilung und ihre Einzelergebnisse zu beachten; es wäre daher zu wünschen, daß ihnen die Arbeit des Verfassers durch den Buchhandel zugänglich gemacht würde.

Vereins- und Versammlungsrecht der Gewerkschaften und Gewerkvereine. Von Geheimrat Dr. A. Romen, Berlin 1917, Verlag von J. Guttentag. 117 S. Preis 2 *M*.

Von dem Verfasser ist im gleichen Verlage ein vielbenutztes Buch, eine Ausgabe des Reichsvereinsgesetzes vom 19. April 1908 mit Erläuterungen und Ausführungsbestimmungen auf Grund amtlicher Quellen und der Rechtsprechung, bereits in vierter Auflage erschienen. In entsprechender Weise bringt er jetzt eine sehr ausführliche Erläuterung des Gesetzes vom 26. Juni 1916 (RGBl. S. 635), das —

Digitized by Google

als ein Kriegsgewinn der Gewerkschaften, Gewerkvereine und ähnlicher Vereinigungen! — eine vielumstrittene Frage des Vereinsrechts endlich in erwünschter Weise klärt, indem es rein sozial- oder wirtschaftspolitische Vereine von Arbeitgebern und Arbeitnehmern von gewissen vereinsrechtlichen Beengungen (§§ 3, 17) befreit. Da es sich hierbei nicht um eine Änderung, sondern im Grunde nur um eine maßgebliche gesetzliche Erläuterung fortgeltender Vorschriften des Vereinsgesetzes handelt, so ergab sich für den Verfasser reicher Anlaß, die Bedeutung dieser älteren Vorschriften nach allen Seiten hin zu beleuchten, um danach und nach dem Zwecke des neuen Gesetzes dessen eigentliche Tragweite um so klarer hervortreten zu lassen. Dabei stützt er sich durchweg auf verläßliches Material, insbesondere auf die Rechtsprechung und Verwaltungsübung zum Vereinsgesetz und auf die Verhandlungen über das neue Gesetz. Eine sachgemäße Ergänzung enthält der Anhang: „Das gewerbliche Koalitionsrecht (§§ 152, 153, 154a der Gewerbeordnung)" — ein Gegenstand, der praktisch doch wohl in nahem Zusammenhange mit dem Gegenstande des neuen Gesetzes steht, dessen Neuregelung im Rahmen dieses Gesetzes aber infolge des Widerstandes der verbündeten Regierungen unterblieben ist, so daß insoweit ein vielangefochtener Rechtszustand fortbesteht.

Die Wahl der Arbeiterausschüsse und der Angestelltenausschüsse nach § 11 des Hilfsdienstgesetzes in Preußen und den Bundesstaaten, deren Ausführungsbestimmungen mit den preußischen übereinstimmen. Von Regierungsrat Dr. H. Schulz, Berlin 1915, Verlag von Julius Springer. 58 Seiten. Preis 1,60 *M*.

Durch seine Schriften über „Die Wahl, insbesondere die Verhältniswahl, in der sozialen Versicherung" und über „Die Ungültigkeit von Verhältniswahlen" (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 646), hat sich der Verfasser als genauer Kenner der Grundsätze dieser, die Rechte der Minderheiten wahrenden Wahlform, die ihren Siegeszug unaufhaltsam fortsetzt, ausgewiesen. Das vorliegende Buch, das die Wahlordnung nach dem Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 22. Januar 1917 (HMBl. S. 32) in klaren Anmerkungen erläutert und im Anhang die in Betracht kommenden amtlichen Muster nebst ergänzenden Beispielen für die Berechnung des Wahlergebnisses mitteilt, darf daher der Beachtung aller Beteiligten sicher sein.

Soll die Organisation der Angestelltenversicherung nach dem Gesetz v. 20. 12. 1911 beibehalten werden? Berlin 1917, Verlag von Karl Siegismund. 64 Seiten. Preis 1,20 *M*.

Nachdem die Frage nun wieder einmal auf die Tagesordnung der öffentlichen Erörterung gesetzt ist (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 522, 641, 1917 Heft 5 S. 115), wird sie nicht vor endgültiger Erledigung durch die berufenen Stellen (Bundesrat, Reichstag) aus den Köpfen der Sozial- und Wirtschaftspolitiker verdrängt werden. In einer Zeit, in der die Vereinfachung und Verbilligung der allgemeinen Staatsverwaltung, der Justizverwaltung und anderer besonderer Verwaltungszweige mit erneutem Eifer erwogen und betrieben wird, weil, was seit langem schon zweckmäßig erschien, jetzt als unabweisliche Notwendigkeit erkannt wird, darf und kann man die Frage, die hier ein ungenannter Verfasser behandelt, nicht mit der allzu wohlfeilen Redewendung abtun: wenn es sich jetzt um die Schaffung der Angestelltenversicherung handelte, könnte die Eingliederung in die allgemeine Sozialversicherung wohl erwogen werden; da sie nun aber bereits geschaffen und besonders organisiert sei, dürfe die Beibehaltung dieser Organisation nicht in Frage gestellt werden. Der Verfasser hat eine verdienstliche Arbeit geleistet, indem er in zusammenfassender, anschaulicher Darstellung zeigt, wie trotz erheblicher Bedenken und eindringlicher Warnungen der verhängnisvolle Fehler begangen werden konnte, indem er das Für und Wider von neuem erwägt und schließlich die Hauptgesichtspunkte für die von ihm empfohlene Vereinigung der Angestellten- mit der Invalidenversicherung in materiell-rechtlicher und organisatorischer Beziehung formuliert. Wegen mannigfacher Einzelheiten mußte der Verfasser teils Vorbehalt der Nachprüfung machen, teils auf schon vorhandene Schriften verweisen. Ein reichhaltiger Nachweis der amtlichen Quellen und der Literatur ermöglicht es jedem, der sich genauer unterrichten will, der Grundfrage und den mit ihr zusammenhängenden Einzelfragen näher nachzugehen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Dauer der durch die Satzung verlängerten Krankenhilfe.

1. **Nach Cassel.** Antwort: Die maßgebende Bestimmung Ihrer abgeänderten Satzung lautet: „Die Krankenhilfe endet spätestens mit Ablauf der 39. Woche nach Beginn der Krankheit, wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen, nach diesem. Fällt in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs bis zu 13 Wochen nicht angerechnet. Ist Krankengeld über die 26. Woche nach Beginn der Krankheit hinaus zu zahlen, so endet mit Ablauf der 26. Woche seit dem Bezuge des Krankengeldes der Anspruch auf Krankenpflege." — Hier-

Digitized by Google

nach ist Ihre Meinung, daß die Kasse „Krankenpflege nur für 26 Wochen. Krankengeld aber für 39 Wochen" gewähre, in dieser Allgemeinheit nicht richtig. Denn nach dem ersten Satze wird „Krankenhilfe", also auch Krankenpflege, grundsätzlich für 39 Wochen gewährt; nur wenn Krankengeld über die 26. Woche hinaus zu zahlen ist, endet nach dem dritten Satze mit Ablauf der 26. Woche seit Beginn des Krankengeldbezugs der Anspruch auf Krankenpflege. Das kann allerdings die seltsame Folge haben, daß der Versicherte infolge späteren Eintretens von Arbeitsunfähigkeit schon vor Ablauf von 39 Wochen den Anspruch auf Krankenpflege verliert, z. B. wenn er zuerst nur der ärztlichen Behandlung bedürftig, nach Ablauf einer Woche aber 26 Wochen lang arbeitsunfähig ist; dann entfällt schon mit Ablauf der 27. Woche nach Beginn der Krankheit auch der Anspruch auf Krankenpflege. Im vorliegenden Fall aber stand der Versicherte vom Oktober bis zum 1. Mai nur in ärztlicher Behandlung; erst am 2. Mai, also nach Ablauf der 26., aber vor Ablauf der 39. Woche seit Beginn der Krankheit ist Arbeitsunfähigkeit hinzugetreten. Es besteht daher gemäß Satz 1 nunmehr der volle Anspruch auf Krankenhilfe, d. h. sowohl auf weitere Krankenpflege wie auf Krankengeld für 39 Wochen vom 2. Mai ab; falls aber der Krankengeldbezug vor Ablauf von 26 Wochen enden sollte, so würde hiermit nach Satz 3 auch der Anspruch auf Krankenpflege enden.

Nachweisung von Ausgaben aus §§ 1518, 1519 RVO. im Rechnungsabschluß.

2. Nach B. Antwort: Nach den Regeln des Kaiserl. Statistischen Amts (ArbVers. 1914 S. 508) zu Muster 1 Nr. 7 und 10 in Verbindung mit den späteren Bemerkungen des Amts (ArbVers. 1916 S. 546), betreffend den „Rechnungsabschluß", insbesondere über Erstattungen und Ersatzleistungen, halten wir folgendes Verfahren für geboten: Im Falle zu 1 Ihrer Anfrage handelt es sich um § 1518 Abs. 2 RVO. Danach hat die Kasse der Versicherungsanstalt Ersatz zu leisten, soweit der Kranke von der Kasse Krankengeld beanspruchen konnte. Die Kasse hat daher diese Ersatzleistung nur in dem entsprechenden Ausgabetitel des Kapitels 4, also unter „Krankengeld" nachzuweisen. In den Fällen 2 und 3 der Anfrage handelt es sich um § 1519, wonach die Versicherungsanstalt der Kasse nur das zu erstatten hat, was diese auf Grund der Übertragung der Fürsorge über ihre eigene Pflicht hinaus leistet. Soweit also die Pflicht der Kasse reicht, hat sie die Ausgaben unter den einzelnen zutreffenden Titeln des Kapitels 4 nachzuweisen; der Mehrbetrag ist in Ausgabe und Einnahme unter Kapitel 6 „Sonstige" nachzuweisen.

Aufschiebende Wirkung der von der Krankenkasse eingelegten Revision.

3. M. 100. Frage: § 1710 der RVO. sagt, daß Rechtsmittel Aufschub bewirken, wenn sie vom Versicherungsträger eingelegt werden, soweit es sich um Beträge handelt, die für die Zeit vor Erlaß des angefochtenen Urteils nachgezahlt werden sollen. Wir sind der Ansicht, daß diese Vorschrift sich nur auf die Unfallversicherung bezieht, nicht aber auch auf Entscheidungen aus der Krankenversicherung.

Antwort: Die Ansicht ist irrig. § 1710 enthält „Gemeinsame Vorschriften" für das Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt), wie aus den Überschriften vor den §§ 1694 und 1707 ersichtlich ist. Er gilt daher nicht nur für den Rekurs in der Unfall-, sondern auch für die Revision in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, und ebenso für Berufung und Revision in der Krankenversicherung. Die Sondervorschriften für die Krankenversicherung sind in den §§ 1694, 1695, 1697, 1698 enthalten.

Kein Anspruch des unehelichen Kindes auf Hinterbliebenenfürsorge trotz Anerkennung der Vaterschaft.

4. Nach Mügeln. Antwort: Nur die ehelichen Kinder und solche außerehelich geborene, die ihnen gleichstehen, haben Anspruch auf die Militärhinterbliebenenrente und auf die Waisenrente nach der RVO. Den ehelichen gleichgestellt sind aber die außerehelich geborenen nur, wenn sie durch nachfolgende Ehe oder durch Ehelichkeitserklärung legitimiert sind (vgl. Hanow, Anm. 6 zu § 1259 RVO.). Die bloße Anerkennung der Vaterschaft vor Gericht genügt also nicht.

Berechnung der Leistungsdauer nach § 183 RVO. bei aussetzender Behandlung wegen Lupus.

5. Nach Münster i. W. Frage: Ein an Lupus erkranktes Kassenmitglied wurde innerhalb 26 Wochen in ziemlich regelmäßigen Abständen 9 mal an je einem Tage in einem auswärtigen Krankenhause bestrahlt. Die Kasse trug neben den Kosten der Bestrahlung auch die Reisekosten. Andere Leistungen erhielt die Versicherte von der Kasse nicht, im besonderen nicht Heilmittel irgendwelcher Art. Hat die Krankenkasse mit dieser Leistung ihre satzungsgemäßen 26wöchigen Verpflichtungen zur Gewährung von Krankenhilfe erfüllt?

Antwort: Wir verneinen die Frage, da die mitgeteilten Umstände nicht die Annahme rechtfertigen, daß der Versicherte in den Zwischenzeiten in ärztlicher Behandlung gestanden oder sonst eine Art von Krankenpflege genossen habe. Wir verweisen auf ArbVers. 1916 S. 550 Ziff. 1 und S. 862 Ziff. 8, sowie auf den anders gelagerten Fall das. S. 864 Ziff. 14.

Arzthilfe bei der Geburt als Krankenhilfe.

6. Nach Eckernförde. Frage: Ist die Kasse zur Bezahlung der ärztlichen Kosten verpflichtet, wenn ärztlichen Behandlung wegen Wehen und Schwäche bei der Geburt und zur Vornahme einer Zangengeburt, welche notwendig war, um das Kind zu retten, erforderlich ist? Die Wöchnerin hatte weder Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195 RVO. noch auf die Kriegswochenhilfe. Wir sind der Ansicht, daß eine Krankheit im Sinne der RVO. nicht vorgelegen hat und die Kasse deshalb zur Tragung der entstandenen Kosten für ärztliche Behandlung nicht verpflichtet ist.

Antwort: Ihre Ansicht ist irrig. Solange das Kind nicht vom Mutterleibe getrennt ist, muß die Krankenhilfe, die nötig ist, um das Kind zu erhalten, als Krankenhilfe für die Mutter betrachtet werden (zu vgl. Entsch. d. bayer. VGH. in ArbVers. 1904 S. 627).

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1176 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. Juni 1917 | Heft 18

Kritisches zu §§ 418, 435 RVO.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Die §§ 418, 435 RVO. regeln die Voraussetzungen der Befreiung von der Versicherungspflicht für die in der Landwirtschaft Beschäftigten und für die Dienstboten. Eine Reihe wichtiger Grundsätze hierüber hat das Reichsversicherungsamt in zwei Entscheidungen v. 6. Februar 1915 Nr. 2007 und 2008, Amtl. Nachr. 1915 S. 452, 454 entwickelt. Die Entscheidung 2007 (ArbVers. 1915 S. 443) spricht folgendes aus:

1) Zur Begründung des Anspruchs eines landwirtschaftlichen Arbeitnehmers oder eines Dienstboten gegen den Arbeitgeber auf eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung ist die Zustimmung des Beschäftigten nicht unbedingt erforderlich. Die fehlende Zustimmung wird dadurch ersetzt, daß die Kasse oder die Beschwerdeinstanzen dem Antrag des Arbeitgebers auf Befreiung des Beschäftigten von der Versicherungspflicht stattgeben.

2) In dem Befreiungsantrage brauchen die Leistungen, die der Arbeitgeber an Stelle der Kasse übernimmt, nicht einzeln angegeben zu werden. Es genügt die Erklärung des Arbeitgebers, eine den Leistungen der Krankenkasse gleichwertige Unterstützung gewähren zu wollen.

3) Bei der Entscheidung über den Befreiungsantrag ist von dem Nachweis der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers abzusehen, wenn sie offenkundig ist.

4) Im Befreiungsantrage müssen die zu befreienden Personen namentlich aufgeführt werden. — Diesem letzten Grundsatze entspricht die Entscheidung 2008, wonach die Befreiung sich nicht ohne weiteres auf später angenommene Beschäftigte erstreckt, vielmehr für diese ein neuer Befreiungsantrag zu stellen ist.

Den vorstehend unter 2) erwähnten Satz halte ich für irrig, weil unvereinbar mit allgemeinen Rechtsgrundsätzen über die erforderliche Bestimmtheit des Leistungsgegenstandes, sowie auch mit dem, was anerkanntes Recht in anderen Fällen ist, in denen die Reichsversicherungsordnung an die Stelle des Versicherungsträgers einen anderen Leistungspflichtigen treten läßt, wenn er „gleichwertige" Leistungen bietet. Ich verweise hierüber auf meine Ausführungen in Arb.-Vers. 1915 S. 388 Ziff. IV. Im übrigen halte ich die Entscheidungen, mindestens im Ergebnis, für richtig. Neuerdings aber hat Hoffmann im Zentralbl. der Reichsvers. 1917 Sp. 321 ff. die Sätze unter 4) bemängelt und bei dieser Gelegenheit mancherlei Bedenkliches und offenbar Unrichtiges vorgebracht.

I. Das Reichsversicherungsamt hatte die Notwendigkeit der namentlichen Bezeichnung der einzelnen Beschäftigten und folgeweise die Notwendigkeit eines neuen Befreiungsantrags bei der späteren Einstellung neuer

Digitized by Google

Arbeitnehmer in der Entsch. 2008 im wesentlichen wie folgt begründet: Die Befreiung setze nach § 418 Abs. 2 Ziff. 2 RVO. voraus, daß die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers sicher sei. Diese könne nur nach den jeweiligen Verhältnissen unter Berücksichtigung der Zahl der zu Befreienden geprüft werden. Es könne sein, daß der Arbeitgeber bei Erhöhung dieser Zahl nicht mehr in der Lage sein würde, den Unterstützungsansprüchen gerecht zu werden, so daß die Kasse nach § 422 Abs. 1 einzutreten hätte und Gefahr liefe, mit ihrem Erstattungsanspruch gegen den Arbeitgeber aus Abs. 2 auszufallen. Um solche Schädigungen zu vermeiden, müsse die Kasse durch einen neuen Befreiungsantrag bei der Annahme neuer Arbeiter in die Lage versetzt werden, die Verhältnisse von neuem zu prüfen. Dem setzt Hoffmann (Sp. 326) entgegen: Es werde wohl kaum Dienstherrschaften geben, die sich überflüssige Dienstboten halten oder die Zahl ihrer Dienstboten erheblich vermehren; es werde sich gerade bei Dienstboten „wohl ausschließlich" um die Ablösung des einen durch den anderen handeln, und es sei nicht einzusehen, warum bei einem solchen Personenwechsel die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers von neuem geprüft werden müßte. Das wird für kleine bürgerliche Verhältnisse im allgemeinen zutreffen. Aber schon wenn z. B. der Herr Kriegslieferant, der bisher mit Hilfe eines „Mädchens für alles" einen bescheidenen Haushalt geführt hatte, im Vertrauen auf weitere gedeihliche Kriegsmonate eine „standesgemäße" große Wohnung mit kostbaren Möbeln, Geräten, Kunstwerken und der dazu gehörigen Dienerschaft ausstattet, trifft jene Erwägung nicht mehr zu; und wenn man vollends den Dienstbotenbegriff mit dem Reichsversicherungsamt (Entsch. 2056 Amtl. Nachr. 1915 S. 594) auch für gewisse Beschäftigte von juristischen Personen gelten läßt, so kommen auch große Betriebe mit einer Schar von Dienstboten in Frage, bei denen, nicht anders als bei großen Erwerbsunternehmungen, eine erhebliche Vermehrung des Personals eintreten und die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers im Sinne des § 418 Abs. 2 Ziff. 2 in Frage stellen kann. Nun wendet Hoffmann ein: Selbst wenn durch erhebliche Steigerung der Zahl der Beschäftigten die Leistungsfähigkeit des landwirtschaftlichen Arbeitgebers oder der Dienstherrschaft in Mitleidenschaft gezogen werde, so sei für solche Fälle der Widerruf der Befreiung durch das Versicherungsamt nach § 419 Abs. 1 am Platze. Gewiß; aber der Widerruf wirkt doch nur für die Zukunft und kann den Schaden nicht ausgleichen, der bereits eingetreten ist, wenn die Kasse, ohne einen Pfennig an Beiträgen erhalten zu haben, an Stelle des leistungsunfähigen Arbeitgebers gemäß § 422 den bisher Befreiten Leistungen gewähren mußte. Weder das Versicherungsamt noch die Kasse kann den Besitzer eines großen Ritterguts dauernd daraufhin überwachen, ob er die Zahl seiner Beschäftigten so erheblich vermehrt, daß die Sicherheit seiner Leistungsfähigkeit für die möglichen Unterstützungsansprüche zweifelhaft wird. Es ist Sache des Arbeitgebers, die Kasse über die Zahl der von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen auf dem laufenden zu halten, indem er jeden einzelnen pflichtmäßig anmeldet (§ 317) oder für jeden einzelnen den Befreiungsantrag stellt. Würde die einmal bewilligte Befreiung ohne weiteres für alle später angenommenen Personen gelten, auch wenn deren Zahl sich verdoppelt oder verdreifacht, ohne daß die Kasse davon Kenntnis erhielte, so würde der Kasse im Falle des Bankrotts des Besitzers ein Widerruf der Befreiung nichts nützen, wenn — wie es durchaus nicht selten vorkommt — der Wert des Grundbesitzes nebst Zubehör durch die darauf haftenden dinglichen Lasten überwogen wird und andere, pfandfreie Masse zur Befriedigung der persönlichen Gläubiger, also auch der Krankenkasse wegen ihres Erstattungsanspruchs aus § 422 RVO., in nennenswertem Umfange nicht vorhanden ist; denn die Kasse hat für diesen Anspruch zwar ein Vorrecht in der Reihe der persönlichen Gläubiger (§ 422

Digitized by Google

Abs. 2 mit § 28 Abs. 3 RVO.), nicht aber ein Recht auf Befriedigung aus dem Grundstücke (zu vgl. § 10 ZwangsverstGes.). Dies hat Hoffmann verkannt, als er schrieb: mit dem Widerruf der Befreiung werde die Befürchtung, daß die Kasse unter Umständen ihren Ersatzanspruch nicht verwirklichen könnte, hinfällig.

Weiter heißt es: die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts habe sich hier (hinsichtlich des Erfordernisses der Bezeichnung der einzelnen zu Befreienden) „anscheinend von der Stimmung leiten lassen, die alsbald nach Inkrafttreten der RVO. in den Kreisen der Krankenkassen gegen die Befreiung der landwirtschaftlichen Arbeiter und Dienstboten mit Heftigkeit einsetzte und die jeden Versuch, von der Befreiungsbefugnis Gebrauch zu machen, am liebsten als ein Verbrechen hingestellt hätte". Ich kann es dem Reichsversicherungsamt überlassen, sich gegen die Unterstellung zu verwahren, daß es sich in einer nach rechtlichen Erwägungen zu beurteilenden Frage durch „Stimmungen" von außen her beeinflussen lasse. Näher geht es mich an, wenn Hoffmann fortfährt:

„Mitgewirkt hat aber wohl auch die bei Auslegung des vorbildlichen § 3a Nr. 2 KVG. von Hahn vertretene Auffassung, daß der Unterstützungsanspruch des Beschäftigten gegen den Arbeitgeber, soweit er sich nicht unmittelbar aus dem Gesetze ergebe, auf einem Vertrage mit dem Arbeitgeber beruhen müsse, sowie die Erwägung, daß nach allgemeinen Grundsätzen zu einem Vertrage die Erklärung des einen Teils und die mindestens stillschweigende Zustimmung des anderen Teils erforderlich sei."

Allerdings gibt die Entsch. des Reichsversicherungsamts 2007 Erwägungen dieser Art wieder und erkennt sie für das frühere Recht, auf das sie sich beziehen, als richtig an, indem sie bemerkt (und weiterhin näher begründet): „An diesen Grundsätzen ist für die Reichsversicherungsordnung nicht durchweg festzuhalten." Das bezieht sich auf Grundsätze, die auf Grund des früheren Rechts nicht ich allein vertreten hatte; das RVA. beruft sich ausdrücklich, wie auf meine Bemerkungen (im Kommentar zum KVG. Anm. zu § 136 Ges. v. 5. Mai 1886 und Anm. 3 zu § 3a KVG.), so auch auf — — Hoffmann (Kommentar zum KVG. Anm. 3 zu § 136 Ges. v. 5. Mai 1886)! Ich muß also Verwahrung einlegen gegen die Bescheidenheit, mit der Hoffmann seinen Anteil an der Anerkennung des Reichsversicherungsamts stillschweigend ablehnt und mir allein das Verdienst, auf die Rechtsprechung des RVA. eingewirkt zu haben, zuschiebt. Zutreffend hatte nämlich Hoffmann selbst a. a. O. bemerkt: „Der Arbeitgeber muß nachweisen, daß er sich den Arbeitnehmern gegenüber zu diesen Leistungen in rechtsverbindlicher Form verpflichtet hat und daß diese von dieser Verpflichtung Kenntnis genommen haben. Die Erklärung gegenüber der Gemeindekrankenversicherung oder der Ortskrankenkasse allein reicht nicht aus; Erl. d. HM. v. 30. März 1901 (III a 2692)." Freilich möchte er das jetzt schlechthin, auch für das frühere Recht, nicht mehr gelten lassen; denn er bemüht sich im weiteren, darzutun, „wie wenig die Anwendung dieser aus dem bürgerlichen Recht entnommenen Grundsätze bei der Durchführung der Krankenversicherung angebracht ist". Aber woher sonst, als aus dem bürgerlichen Rechte, sollen denn die Grundsätze für die Beurteilung entnommen werden, wenn es sich um die Frage handelt, ob dem Arbeitnehmer im Fall einer Erkrankung gegen den Arbeitgeber ein „Rechtsanspruch" auf gewisse Leistungen zusteht — wie es sowohl nach den erwähnten Vorschriften des älteren Rechts als auch nach § 418 RVO. Voraussetzung der Befreiung war und ist? Die Reichsversicherungsgesetze selbst befassen sich doch mit dieser Frage nicht, und die bürgerlichen Gerichte, die über jenen Rechtsanspruch zu urteilen haben, werden die Normen dafür selbstverständlich nur im bürgerlichen Rechte suchen können (zu vgl. Entsch. d. RVA. 2087 Amtl. Nachr. 1915 S. 667). Mit Recht hat daher das Reichsversicherungsamt in diesem Rechtsgebiete nach der Möglichkeit gesucht, einen Rechtsanspruch des Versicherungspflichtigen im Sinne des § 418 RVO. als gegeben anzu-

Digitized by Google

nehmen, wenn die Zusicherung eines solchen Anspruchs nicht dem Versicherungspflichtigen gegenüber, sondern gegenüber seiner Kasse erklärt und nur zur Kenntnis des von der Versicherungspflicht zu Befreienden gebracht ist. Das Reichsversicherungsamt findet den Ausweg in der Annahme eines der Schuldübernahme im Sinne des § 414 BGB. ähnlichen Verhältnisses; die nach § 415 BGB. erforderliche Genehmigung des Arbeitnehmers werde durch die Genehmigung des Befreiungsantrags ersetzt. Die Begründung — auf die ich im übrigen verweise (hier 1915 S. 443, 444) — erscheint ziemlich künstlich und nicht unbedenklich, wenn man beachtet, daß der Arbeitgeber, der nur eine den Leistungen der Kasse gleich*wertige* Leistung zusichert, hiermit keineswegs dergestalt an die Stelle der Kasse tritt, daß diese aus dem Schuldverhältnis *ausscheidet*, das Verhältnis aber im übrigen unverändert bleibt, wie dies im Wesen der Schuldübernahme liegt (zu vgl. Mot. zum BGB. II. S. 142 und anderseits § 418 Abs. 1, § 422 Abs. 1 RVO.). Näher liegt es, die Sache so anzusehen, daß die der Kasse gegenüber abgegebene Erklärung des Arbeitgebers ein „Versprechen der Leistung an einen Dritten" im Sinne des § 328 BGB. darstellt, daß in der daraufhin von der Kasse ausgesprochenen Befreiung die Annahme des Versprechens durch die Kasse liegt und daß hiermit der zu Befreiende, entsprechend dem Zwecke dieser beiden Rechtsakte, unmittelbar das Recht erwirbt, die Leistung von dem Arbeitgeber zu fordern, ohne daß es hierzu irgendeiner Mitwirkung, einer Annahmeerklärung oder eines Beitritts des zu Befreienden bedarf (zu vgl. Mot. zum BGB. II. S. 268). Mochte eine solche Beurteilung nach dem KVG. und dem Ges. v. 5. Mai 1886 bedenklich sein, so ist sie nach der RVO. geboten, weil nach ihr (§ 418 Abs. 2 Ziff. 3) der Befreiungsantrag nur für alle Beschäftigten gestellt werden kann und weil daher, wenn irgendeine Mitwirkung der zu Befreienden erforderlich wäre, durch die willkürliche Ablehnung eines einzelnen die Befreiung aller, also der Zweck des Gesetzes vereitelt werden könnte — wie das Reichsversicherungsamt zutreffend ausgeführt hat. Dies rechtfertigt bei rechtsähnlicher Anwendung des § 328 Abs. 2 BGB. die Annahme eines unmittelbaren Rechtserwerbs durch den zu Befreienden, also eines „Rechtsanspruchs" gegen den Arbeitgeber, wie ihn § 418 Abs. 1 RVO. voraussetzt.

II. Die Notwendigkeit, die einzelnen nach §§ 418, 435 RVO. zu befreienden Personen in dem Antrage bestimmt zu bezeichnen, habe ich in einem Aufsatze „Versicherungsfreierklärung und Befreiung von der Versicherungspflicht" in der Monatsschr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1917 Sp. 56 ff. auch aus der Systematik des Gesetzes hergeleitet und wie folgt begründet:

„Ganz deutlich unterscheidet die Reichsversicherungsordnung unter der Überschrift „Versicherungspflicht", bei der Krankenversicherung wie bei der Invalidenversicherung, je zwei Gruppen von Vorschriften, welche Ausnahmen von der nach den allgemeinen Regeln an sich begründeten Versicherungspflicht betreffen: die einen erklären ganze Gruppen unbestimmter Personen unter gewissen Voraussetzungen für „versicherungsfrei" (§§ 168—172 und §§ 1232—1236); die anderen bestimmen, daß unter gewissen Voraussetzungen bestimmte einzelne Personen auf Antrag „von der Versicherungspflicht befreit" werden (§§ 173, 174, 418, 435 und §§ 1237—1239). Die Absicht der Unterscheidung ist nach der ganzen Anordnung des Gesetzes so klar, daß es ohne Belang ist, wenn dem Gesetzgeber gelegentlich ein Verstoß gegen die Folgerichtigkeit des Ausdrucks unterläuft. Im § 169 sind für den Fall, daß ihnen gewisse Ansprüche gewährleistet sind, ohne weiteres kraft Gesetzes für versicherungsfrei erklärt: die in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten. Im § 170 dagegen heißt es dann, daß für den gleichen Fall die in Betrieben oder im Dienste anderer öffentlicher Verbände oder öffentlicher Körperschaften Beschäftigten auf Antrag des Arbeitgebers durch die oberste Verwaltungsbehörde „von der Versicherungspflicht befreit" werden. Aber schon der folgende § 171 nimmt wieder die Ausdrucksweise des § 169 auf, indem er vorschreibt, daß die oberste Verwaltungsbehörde auf Antrag des Arbeitgebers bestimmen kann, wie weit „auch" die in Betrieben oder im Dienste nicht öffentlicher Körperschaften usw. Beschäftigten „versicherungsfrei" sind. Hier weist schon das Wort „auch" darauf hin, daß es sich im § 170 und im § 171 um gleichartige behördliche Bestimmungen von derselben Bedeutung und Wirkung handelt, die in den Fällen des § 169 ohne behördliche Bestimmung unmittelbar kraft Gesetzes eintritt: um Versicherungsfreiheit, nicht um Befreiung von der Versicherungspflicht. Auf einen ähnlichen Fehler im Ausdruck hat für die Invalidenversicherung schon *Rosin* in ArbVers. 1911 S. 602 aufmerksam gemacht; im Art. 73 EG. z.

Digitized by Google

RVO. ist von Personen die Rede, die gemäß § 5 Abs. 1, 2 JVG. befreit waren, während dort tatsächlich solche bezeichnet sind, die der Versicherungspflicht nicht unterliegen.

Die gleiche Rechtslage, die nach § 169 RVO. für die dort bezeichneten Personen kraft Gesetzes eintritt, wird für die Fälle der §§ 170, 171 durch Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde, also durch eine Verwaltungsverfügung geschaffen. Daß diese nur auf Antrag des Arbeitgebers ergeht und daß sie im Falle des § 170 erlassen werden muß, wenn den Anforderungen des § 169 genügt ist, während ihr Erlaß im Falle des § 171 in das Ermessen der Behörde gestellt ist, begründet keinen grundsätzlichen Unterschied. Voraussetzung ist in allen Fällen, daß den Beschäftigten gewisse Ansprüche gewährleistet sind. Im Falle des § 169 wird dies regelmäßig durch Gesetz oder dienstpragmatische Regelung geschehen; in den Fällen der §§ 170, 171 wird entsprechend ein allgemeiner Beschluß der öffentlichen oder der nichtöffentlichen Körperschaft über die Anstellungsbedingungen genügen (zu vgl. RVA. Entsch. 1769 und 2212, AN. 13 S. 746 und 16 S. 551), wenn diese einen im Sinne des § 169 hinreichenden Anspruch zusichern und die oberste Verwaltungsbehörde keinen Zweifel an der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers hat. Dann wird durch den Erlaß der Behörde, wie nach § 169 unmittelbar durch das Gesetz, für eine nicht begrenzte Zahl unbestimmter Personen Versicherungsfreiheit begründet, nicht nur für diejenigen, die unter den bezeichneten Bedingungen bereits angestellt sind, sondern auch für alle, die in Zukunft unter diesen Bedingungen eintreten oder denen in Zukunft der gleiche Anspruch zugesichert wird. . . .

Von wesentlich anderer Art als die Versicherungsfreierklärung ist die „Befreiung" nach §§ 173, 174, 418, 435. Sie erfolgt im Falle des § 173, der die sog. Halbinvaliden betrifft, auf deren Antrag, sonst nur auf Antrag des Arbeitgebers. In diesem Antrag sind grundsätzlich die zu befreienden Personen einzeln zu bezeichnen, und nur die Bezeichneten werden von der Entscheidung (§ 175) erfaßt. Eine Ausnahme hiervon ist als geltend anzusehen für den Fall das § 174 Nr. 2 hinsichtlich der in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigten Personen; denn diese Vorschrift zielt ersichtlich darauf ab, jene Wohlfahrteinrichtungen auf ihren Wunsch allgemein von den Verpflichtungen der Versicherung zu entlasten, um sie nicht in der Förderung ihrer gemeinnützigen Zwecke zu behindern (zu vgl. v. Woedtke Anm. 4 zu § 3 b KVG., Hoffmann in ArbVers. 1914 S. 372 ff.; dagegen Stier-Somlo Anm. 3 c). . . ."

Hoffmann tritt diesen Ausführungen entgegen (a. a. O. Sp. 328 ff.). Er weist auf die von mir selbst hervorgehobenen Unstimmigkeiten des gesetzgeberischen Ausdrucks — betr. § 170 und § 174 Ziff. 2 — hin und meint noch eine andere, die mir entgangen sei, gefunden zu haben, nämlich im § 574, der besagt, daß als versichert im Sinne des § 573 auch gilt, wer „nach den §§ 418, 435 versicherungsfrei ist". Wenn dieselben Personen bald als versicherungsfrei, bald als befreit bezeichnet würden, so könne nicht von einem System, von einer klaren Unterscheidung die Rede sein, sondern näher liege die Annahme, daß der Gesetzgeber den einen oder anderen Ausdruck gebraucht habe, je nachdem er ihm in die Feder gekommen sei. Das ist ziemlich arg gescholten — auf Grund eines handgreiflichen Irrtums! Hoffmann ist nämlich entgangen, was ganz klar am Tage liegt: daß „versicherungsfrei" die allgemeine Bezeichnung für Personen ist, die nicht versichert, insbesondere nicht versicherungspflichtig sind; der Ausdruck umfaßt daher, wo er ohne einschränkenden Zusatz gebraucht wird — z. B. in §§ 176, 205 — sowohl die von der Versicherungspflicht überhaupt nicht Betroffenen (vgl. §§ 165—167), als auch die durch das Gesetz oder durch behördliche Verfügung für versicherungsfrei erklärten Gruppen (§§ 168 bis 172), endlich auch die auf Antrag befreiten Personen (§§ 173, 174, 418, 435). Wenn nun das Gesetz im § 574 von Personen spricht, die „nach den §§ 418, 435 versicherungsfrei" sind, so hat es durch die einschränkende Paragraphenanführung, genau entsprechend seiner Absicht, ausgedrückt, daß die Vorschrift sich nur auf Personen bezieht, die durch Befreiung „versicherungsfrei" geworden sind, und zwar nach §§ 418, 435.

Weiteres als das hier gekennzeichnete Mißverständnis hat Hoffmann gegen meine oben mitgeteilte Ausführung nicht vorgebracht. Es bleibt also dabei, daß sich schon aus der Anordnung und Unterscheidung im Gesetz selbst ergibt, daß die auf Antrag zu Befreienden — abgesehen von § 174 Ziff. 2, der richtiger an die §§ 170, 171 anzuschließen gewesen wäre — einzeln zu bezeichnen sind und daß die ausgesprochene Befreiung sich daher nicht auch auf später angenommene Arbeiter erstreckt. Das ist für die Befreiungen aus §§ 173, 174 von minderer Wichtigkeit als in den Fällen der §§ 418, 435; denn weil in diesen letzteren Fällen der Antrag nur für sämtliche Beschäftigte gestellt werden kann, so setzt sich der Arbeitnehmer, der für neuerlich angenommene Arbeiter den Be-

Digitized by Google

freiungsantrag zu stellen versäumt, dem Widerruf der Befreiung seiner älteren Arbeiter aus (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 418 RVO. und in ArbVers. 1916 S. 734 ff.; Entsch. des RVA. 2316, Amtl. Nachr. 1917 S. 272, ArbVers. 1917 S. 345). Und gerade für diese besonders wichtigen Fälle der Befreiung von landwirtschaftlich Beschäftigten und Dienstboten läßt sich die Beschränkung der Befreiung auf die einzeln zu bezeichnenden Personen noch besonders aus den besonderen Vorschriften in §§ 418 ff. erweisen. Soweit der Arbeitgeber einer solchen von der Versicherungspflicht befreiten Person die Unterstützung nicht leistet, hat nach § 419 die Kasse die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren. Hier wird also — anders als in den Fällen der gesetzlichen oder behördlichen Versicherungsfreierklärung und anders auch als in den Fällen der Befreiung nach §§ 173, 174 — nicht jede rechtliche Beziehung zwischen dem Befreiten und der Kasse gelöst, sondern die Kasse haftet jenem gewissermaßen in der Art eines Bürgen. Selbstverständliche Voraussetzung ist dabei, daß der Befreite ohne die Befreiung der Kasse anzugehören hätte, also vor allem, daß er versicherungspflichtig wäre. Deshalb hat die Kasse ein dringendes Interesse, zu erfahren, wer die einzelnen Personen sind, für die sie gegebenenfalls mit ihren satzungsmäßigen Leistungen einzustehen haben würde, ob sie nach der Art ihrer Beschäftigung, nach der Höhe ihres Entgelts und nach ihrem Beschäftigungsorte überhaupt versicherungspflichtig sind und gerade in diese Kasse gehören; und zwar muß die Kasse dies alsbald aus dem Befreiungsantrage entnehmen können, weil es sich dabei um Vorfragen für die dem Kassenvorstande obliegende Entscheidung über den Antrag (§§ 175, 418 Abs. 3) handelt, Vorfragen, die im Streitfalle zunächst auf dem im § 405 Abs. 2 vorgeschriebenem Wege auszutragen sind, ehe über den Befreiungsantrag entschieden werden kann (zu vgl. Entsch. d. RVA. 2055 Amtl. Nachr. 1915 S. 592).

III. Die Anfechtung der Entscheidung regeln die §§ 175, 418 nur für den Fall der Ablehnung des Befreiungsantrags. Hierzu habe ich in dem erwähnten Aufsatz in der „Monatsschrift" folgendes bemerkt:

„Für den anderen Fall aber, daß nämlich dem Antrag auf Befreiung, sei es vom Kassenvorstand oder im Beschwerdeverfahren, stattgegeben ist, enthält das Gesetz keine besondere Vorschrift über die Anfechtung der Entscheidung. Ein rechtliches Interesse, sie nicht gelten zu lassen, kann sehr wohl der Versicherungspflichtige haben, besonders z. B. wenn er meint, daß der ihm vom Arbeitgeber eingeräumte Rechtsanspruch den Leistungen der zuständigen Kasse nicht gleichwertig im Sinne des § 418 Abs. 1 sei. Das RVA. hat auch in der erwähnten Entsch. 2007 anerkannt, daß die Arbeitnehmer in der Lage sein müssen, ihre Rechte im Befreiungsverfahren wahrzunehmen. „Das gilt um so mehr, als die Verfügung der Kasse, durch die dem Befreiungsantrage stattgegeben wird, nach § 418 Abs. 3, § 175 Abs. 2 endgültig ist." Das RVA. nimmt also an, daß die stattgebende Entscheidung auch dem Arbeitnehmer gegenüber endgültig sei. (So auch Olshausen Anm. 3 und Stier-Somlo Anm. 2e zu § 175.) Das ist keineswegs einleuchtend. Gegen die Entscheidungen der Versicherungsträger ist nach § 1791 die Beschwerde zulässig, „soweit dieses Gesetz nichts anderes vorschreibt". In den angezogenen §§ 418, 175, die nur von der Beschwerde über die ablehnende Entscheidung des Kassenvorstandes handeln, ist der Ausschluß einer Beschwerde über die dem Befreiungsantrage stattgebende Entscheidung nicht ausdrücklich ausgesprochen, und es kann auch aus irgendwelchen anderen Umständen nicht entnommen werden, daß die Regelung des Beschwerdeverfahrens hier eine erschöpfende, die Anwendung der §§ 1791, 1797 auf den umgekehrten Fall ausschließende sein soll. Gegen den die Befreiung aussprechenden Beschluß des Kassenvorstandes muß daher dem Beschäftigten, als einem anerkanntermaßen Beteiligten, die Beschwerde jedenfalls dann zustehen, wenn er in dem Befreiungsverfahren zugezogen und der Beschluß ihm zugestellt worden ist. Ist dies unterblieben (wie es in der Praxis wohl die Regel sein wird), so kann der im Verhältnis zwischen dem Arbeitgeber und der Kasse allerdings endgültige Beschluß dem Rechte des Beschäftigten, seine Versicherungspflicht zu behaupten und prozessual zur Geltung zu bringen, nicht entgegenstehen. Es liegt dann ein Streit „zwischen einem zu Versichernden und einer Kasse über das Versicherungsverhältnis" vor (zu vgl. Beschl. des OSchG. für AV. v. 26. 2. 16. „AngestVers." 1916 S. 162), der nach § 405 Abs. 2 zu entscheiden und in dem der Arbeitgeber nach § 23 VAO. zuzuziehen ist."

Diese Ausführung hat nicht den Beifall Hoffmanns gefunden; aber er beschränkt sich ihr gegenüber auf den Hinweis, „daß für Befreiungsanträge das Beschwerdeverfahren im § 175 Abs. 2 RVO. erschöpfend geregelt ist". Das ist allerdings der Punkt, auf den es ankommt, und eben deshalb hätte es begründet, nicht bloß behauptet werden müssen. Dagegen hat das Reichsversiche-

Digitized by Google

rungsamt in einer neueren Entsch. (2313 Amtl. Nachr. 1917 S. 268, ArbVers. Heft 15 S. 344) wenigstens den Versuch einer Begründung unternommen. Zunächst soll sich „aus der Fassung" des § 175 ergeben, daß das Beschwerderecht nur bei Ablehnung des Antrags gegeben sei, weil dieser Fall hier ausschließlich erwähnt und in den Eingangsworten besonders hervorgehoben sei, was „nach dem Sprachgebrauche des Gesetzes" nur bedeuten könne, daß die Beschwerde in anderen Fällen ausgeschlossen sei. Für den angeblichen Sprachgebrauch fehlt es aber an jedem Nachweise, und ich meine vielmehr: es heißt dem Gesetzgeber geradezu einen Mißbrauch der Sprache unterstellen, wenn man bei Berücksichtigung der §§ 1791, 1797 den § 175 glaubt im Sinne der Entsch. des RVA. auslegen zu müssen oder zu dürfen. Der § 1791 besagt: „Soweit dieses Gesetz nichts anderes vorschreibt, ist gegen die Entscheidung der Versicherungsträger Beschwerde zulässig"; und der § 1797 bestimmt: „Soweit dieses Gesetz nichts anderes vorschreibt, ist gegen die auf Beschwerde erlassene Entscheidung des Versicherungsamts die weitere Beschwerde an das Oberversicherungsamt . . . . zulässig." Wieweit schreibt denn nun § 175 etwas anderes vor? Er besagt: „Wird der Antrag (auf Befreiung) abgelehnt, so entscheidet das Versicherungsamt endgültig." Nur also für den Fall der Ablehnung ist eine besondere Vorschrift gegeben und nur dahin, daß die Entscheidung des Versicherungsamts endgültig, d. h. nicht mit weiterer Beschwerde anfechtbar sein soll. Für den Fall der Genehmigung des Antrags dagegen ist nichts besonderes vorgeschrieben, weder daß eine Beschwerde überhaupt, noch daß die weitere Beschwerde unzulässig sei. Daraus folgt mit Notwendigkeit, was ich in den oben mitgeteilten Bemerkungen ausgeführt habe. Das RVA. weist auf das „unbillige Ergebnis" hin, daß hiernach den Arbeitnehmern gegen die Befreiung im Falle des § 174 die weitere Beschwerde, den Arbeitgebern dagegen im Falle der Ablehnung ihres Antrags nur die Beschwerde nach § 1792, unter Ausschluß eines weiteren Rechtsmittels, zustehen würde. Hiergegen ist zunächst zu bemerken, daß dies eben nur für die Fälle des § 174, nicht aber für den Fall der §§ 418, 435 zutrifft; denn gerade für diesen Fall, der praktisch weitaus der wichtigste ist, ist ja auch dem Arbeitgeber durch die besondere Vorschrift in § 418 Abs. 3 und durch die Entsch. des RVA. 1849 (Amtl. Nachr. 1914 S. 519, ArbVers. 1914 S. 499) die weitere Beschwerde an das Oberversicherungsamt verbürgt. Zieht man aber auch nur die Fälle des § 174 in Betracht, so muß man sagen, daß das Reichsversicherungsamt, indem es jenem „unbilligen Ergebnis" Gewicht beimaß, recht ungleich gewogen hat. Wenn wirklich jemals einem Lehrling oder Arbeiterkolonisten die Gunst beschieden sein würde, mit einer Beschwerde über seine Befreiung aus § 174 bis an das Oberversicherungsamt zu dringen, während der Arbeitgeber im Falle der Ablehnung seines Befreiungsantrags sich mit der Entscheidung des Versicherungsamts endgültig abzufinden hätte, so wiegt diese Unstimmigkeit doch federleicht gegen die Unbilligkeit, daß nach der Auffassung des Reichsversicherungsamts dem Arbeitnehmer gegen seine Befreiung überhaupt kein Beschwerderecht, dem Arbeitgeber dagegen im Falle der Ablehnung seines Antrags jedenfalls die Beschwerde an das Versicherungsamt (§ 175), unter Umständen sogar noch die weitere Beschwerde an das Oberversicherungsamt zusteht (§ 418 Abs. 3). Es handelt sich doch bei der sogenannten „Befreiung von der Versicherungspflicht" in Wahrheit auch um die Entziehung eines Rechtes des Arbeitnehmers, und zwar des eigentlichsten und wichtigsten Grundrechts der ganzen Reichsversicherungsgesetzgebung, und in dem Falle der §§ 418, 435 um den Ersatz dieses Rechtes durch einen Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Leistungen von nicht immer zweifelsfreiem Werte. Nun stelle man sich vor, daß der Kassenvorstand auf Grund einer bedenklichen oder offenbar falschen Bewertung der vom Arbeit-

Digitized by Google

geber gebotenen Leistungen die „Gleichwertigkeit" im Sinne des § 418 Abs. 1 annimmt und den Befreiungsantrag genehmigt, also dem Arbeitnehmer jenes Grundrecht abspricht — kann es wirklich die Absicht des Gesetzes sein, daß der Arbeitnehmer in diese „Entscheidung" des Versicherungsträgers sich schweigend zu fügen, sie als endgültig anzuerkennen hat? Es kann nicht sein! Der klare Wortlaut der §§ 1791, 1797, verglichen mit § 175, steht der Zulassung einer solchen Unbilligkeit, die ihresgleichen in der RVO. nicht hätte, entgegen; nirgends sonst ist einem Organ der Versicherungsträger die Macht gegeben, durch eine keiner Anfechtung unterliegende Entscheidung die Rechtslage der Versicherten so von Grund aus zu verändern. Zur Unterstützung mag noch auf § 419 hingewiesen werden. Danach erlischt die Befreiung u. a., wenn das Versicherungsamt von selbst oder auf Antrag eines Befreiten feststellt, daß der Arbeitgeber nicht leistungsfähig ist. Diese Feststellung ist eine Entscheidung, gegen die, beim Mangel einer besonderen Vorschrift, nach allgemeinen Grundsätzen (§§ 1792 ff.) Beschwerde an das Oberversicherungsamt und weitere Beschwerde an das Reichs- oder Landesversicherungsamt stattfindet (Hahn, Anm. 2 und Stier-Somlo, Anm. 3b zu § 419). Da § 419 dem Befreiten hier ausdrücklich ein Antragsrecht einräumt, muß ihm auch das Beschwerderecht zustehen, wenn seinem Antrage nicht stattgegeben, die Befreiung also aufrecht erhalten wird. Dann ist aber nicht einzusehen, weshalb ihm ein Recht zur Beschwerde versagt werden sollte, wenn er alsbald gegen den Befreiungsbeschluß geltend machen will, daß der Arbeitgeber nicht leistungsfähig oder daß irgendeine andere Voraussetzung der Befreiung nicht gegeben sei. Daß § 419 dem Befreiten ein Antragsrecht zuerkennt, beruht doch wohl darauf, daß er bei der Frage der Befreiung recht wesentlich „beteiligt" ist; und eben hieraus ist zu folgern, daß es nicht in der Absicht des Gesetzgebers liegen konnte, ihm die Beschwerde zu versagen, wenn die Befreiung von vornherein zu Unrecht bewilligt wird.

IV. Zutreffend weist Hoffmann auf gewisse Unterschiede hin, die sich aus der abweichenden Fassung der §§ 169—171 einerseits und der §§ 418, 419, 435 andererseits ergeben. So muß bei landwirtschaftlich Beschäftigten und Dienstboten der Arbeitgeber die volle Unterstützung aus eigenen Mitteln decken und den Befreiungsantrag für sämtliche Beschäftigte, die ihm mindestens für zwei Wochen verpflichtet sind, stellen (§ 418 Abs. 2 Ziff. 1 und 3); es gelten für die genannten Beschäftigten im Falle der Befreiung, entsprechend wie sonst im Falle der Versicherung, die Vorschriften über Wochenhilfe, über Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit, über Weiterversicherung (§§ 195 bis 200, 214, 313; vgl. § 419 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2); die Kasse haftet, wenn der Arbeitgeber die Unterstützung nicht leistet, nach § 422. Alle diese Vorschriften gelten nicht für die kraft Gesetzes oder durch behördliche Verfügung für versicherungsfrei Erklärten (§§ 169—171). Wenn Hoffmann meint, daß diese Unterschiede jeder greifbaren Begründung entbehren, so ist das auf die innere, gesetzgeberische Begründung zu beziehen und in diesem Sinn als berechtigt anzuerkennen. Aber das beweist nur die Mangelhaftigkeit auch der Regelung in §§ 169 bis 171, in denen es gleicher oder ähnlicher Vorschriften zum Schutze der Kassen und der Befreiten bedurft hätte. Nicht berührt wird davon die in der Rechtsanwendung immer mehr und mehr sich enthüllende Mangelhaftigkeit der Vorschriften in §§ 418, 419, 435. Niemandem ist es eingefallen, „jeden Versuch, von der Befreiungsbefugnis (aus §§ 418, 435) Gebrauch zu machen, als ein Verbrechen hinzustellen", wie Hoffmann meint. Das Gesetz gilt, und keinem Arbeitgeber von landwirtschaftlich Beschäftigten oder Dienstboten ist es zu verargen, wenn er von der durch das Gesetz gegebenen Befugnis Gebrauch macht. Aber die ganze Regelung in den §§ 418, 419, 435 ist juristisch so mißlungen, voller Zweifel und Rechtsunsicherheit

Digitized by Google

und auch sozial so bedenklich (zu vgl. über die soziale Seite der Sache: ArbVers. 1916 S. 761), daß es anderseits auch den Kassen nicht verargt werden kann, wenn sie in dem Bestreben, sich vor Gefährdung oder Schädigung zu bewahren, die noch ungeklärten Zweifel, die das Gesetz birgt, zu ihren Gunsten zu wenden und zu lösen versucht haben und noch versuchen. Zwischen diesen beiden Beteiligten, dem Arbeitgeber und der Kasse, steht als Dritter der zu Befreiende. Er ist — so bemerkt das RVA. in der Entsch. 2007 — in der Lage, seine Rechte geltend zu machen, da ihm die Erklärung des Arbeitgebers über die Einräumung des Unterstützungsanspruchs mitgeteilt werden muß. Das bedeutet: er kann sich gegen das Danaergeschenk der Befreiung durch Widerspruch beim Kassenvorstande, z. B. wegen Unzulänglichkeit des ihm vom Arbeitgeber gebotenen Unterstützungsanspruchs, verwahren. Nun bedenke man, wie abhängig, geschäftsunkundig und hilflos der landwirtschaftlich Beschäftigte oder der Dienstbote der Regel nach seinem Arbeitgeber und auch der Kasse gegenüberstehen wird, und danach ermesse man, welcher Rechtsschutz daran liegt, daß der zu Befreiende zwar widersprechen, aber — sobald nur der Arbeitgeber und die Kasse einig sind — sich nach der Entsch. des RVA. 2313 nicht weiter beschweren darf. Die Rechtsprechung sollte auch dies, neben den eigentlichen rechtlichen Erwägungen, bedenken und nicht zulassen, daß der landwirtschaftlich Beschäftigte und der Dienstbote zu einem bloßen Objekt der Verhandlung zwischen Arbeitgeber und Kasse herabgedrückt werden und daß das, was das Gesetz so schön eine „Befreiung" nennt, in Wahrheit eine Entrechtung des Versicherungspflichtigen werden könne.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Die Rückforderung ohne Grund geleisteten Ersatzes aus § 1531 RVO. ist gleichfalls vor den Versicherungsbehörden nach § 1540 geltend zu machen.

Urteil des **preuß. Gerichtshofs zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte** v. 10. Februar 1917 (Pr. L. 2691).

Der Invalide H., der von dem klagenden Knappschaftsverein eine reichsgesetzliche Invalidenrente von 14,50 *M* monatlich bezieht, wurde von der beklagten Armendeputation im Krankenhause verpflegt. Auf Verlangen der Beklagten zahlte der Kläger an diese die volle Rente. Er machte dann aber geltend, daß der Beklagten nach § 1506 Abs. 1 und 2 der RVO. nur die Hälfte des Betrages zugestanden habe, weil dem H. kein vollständiger Unterhalt in der Anstalt gewährt worden sei. Die dieserhalb erhobene Rückforderungsklage wurde vom Amtsgericht in Paderborn wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges mit der Begründung abgewiesen, daß für die Entscheidung über derartige Ansprüche nach § 1540 der RVO. allein die Versicherungsbehörden zuständig seien. Das Urteil wurde demnächst in der Berufungsinstanz durch Erkenntnis des Landgerichts in Paderborn bestätigt. Nunmehr strengte der Kläger dieselbe Klage beim Versicherungsamte des Kreises Paderborn an, welchem die Sache zur Entscheidung übertragen wurde, da das Versicherungsamt der Stadt Paderborn sich für befangen erklärte. Das Versicherungsamt gab der Klage statt. Diese Entscheidung wurde jedoch in der Berufungsinstanz durch Erkenntnis des Knappschafts-Oberversicherungsamts in Dortmund aufgehoben und die Klage wegen Unzulässigkeit des Verfahrens vor den Versicherungsbehörden abgewiesen, da für Rückzahlungsansprüche der in Rede stehenden Art die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden nicht begründet sei. Die Entscheidung hat die Rechtskraft erlangt.

Gemäß § 21 der Verordnung vom 1. August 1879 haben hierauf beide Parteien die Entscheidung des Gerichtshofes zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte beantragt, und zwar der Kläger durch Schriftsatz vom 14. Juni 1916. Den gleichen Antrag hat der Landrat des Kreises Paderborn gestellt. Das Amtsgericht in Paderborn hat sich gutachtlich dahin geäußert, daß die Voraussetzungen des § 21 a. a. O. nicht vorlägen, weil der Instanzenzug der Verwaltungsbehörden nicht erschöpft und deshalb eine endgültige Entscheidung im Sinne der gedachten Gesetzesvorschrift nicht gegeben, im übrigen aber für Streitigkeiten der vorliegenden Art die Zuständigkeit der Verwaltungsbehörden begründet sei. Das Oberlandesgericht in Hamm hat ausgeführt, daß eine endgültige, weil rechtskräftige Entscheidung der Verwaltungsbehörde vorliege, und sonst der Ansicht des Amtsgerichts beigestimmt.

Der Gerichtshof zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte hat die Voraussetzungen für das Vorliegen eines negativen Kompetenzkonflikts im Sinne des § 21 der Verordnung vom 1. August 1879, der dann

Digitized by Google

anzunehmen sei, wenn in einer Sache einerseits die Gerichte und andererseits die Verwaltungsbehörden oder Verwaltungsgerichte ihre Unzuständigkeit endgültig ausgesprochen hätten, weil von den Gerichten die Verwaltungsbehörden oder Verwaltungsgerichte und von diesen die Gerichte für zuständig erachtet seien, hier als gegeben angesehen, weil auf beiden Seiten rechtskräftige und insofern endgültige Entscheidungen vorlängen. Er hat das Urteil des Knappschafts-Oberversicherungsamts in Dortmund aufgehoben und dieses Oberversicherungsamt zur Entscheidung des Rechtsstreits für zuständig erklärt.

Gründe:

Es handelt sich um die Frage, ob für Ansprüche der hier in Rede stehenden Art die ordentlichen Gerichte zuständig sind oder ob darüber die in der Reichsversicherungsordnung (§§ 35 ff.) geordneten Versicherungsbehörden in dem durch §§ 1771 ff., 1636 ff. geregelten Spruchverfahren zu entscheiden haben.

Wenn ein Armenverband einem Versicherten Unterstützung gewährt und demnächst von dem Versicherungsträger Ersatz aus der Invalidenrente des Versicherten verlangt, so ist für einen solchen unter die §§ 1531, 1536, 1506 der RVO. fallenden Anspruch das Spruchverfahren der Versicherungsbehörden gegeben (§ 1540 a. a. O.). Im vorliegenden Falle besteht jedoch die Besonderheit, daß der Versicherungsträger bereits Ersatz geleistet hat und einen Teil des von ihm gezahlten Betrages mit der Begründung zurückverlangt, daß er zur Zahlung nicht verpflichtet gewesen sei. Hier greift folgende Erwägung Platz: Wenn durch die erwähnten Gesetzesvorschriften Streitigkeiten über die Verpflichtung zu gewissen Leistungen dem ordentlichen Rechtswege kraft besonderer Bestimmung entzogen sind, so ist anzunehmen, daß dazu auch Streitigkeiten über Ansprüche auf Rückerstattung solcher irrtümlich oder ohne Rechtsgrund bewirkter Leistungen gehören, sofern hierbei die Leistungspflicht selbst in Zweifel gezogen wird. Dem äußeren Umstande, daß eine Partei, vielleicht um die sonst drohende Zwangsvollstreckung abzuwenden oder aus einem anderen Grunde, die Leistungen bewirkt hat, kann eine entscheidende Bedeutung nicht beigemessen werden. Ein bei solcher Sachlage über die Rückerstattung der Leistung entstehender Rechtsstreit betrifft im Grunde doch immer die Verpflichtung zur Leistung. Die Rücksicht auf die Einheitlichkeit der Rechtsprechung verlangt dringend, daß in dem einen wie in dem anderen Falle dieselbe Behörde entscheide. Es muß als die Absicht des Gesetzgebers angesehen werden, daß er dieser Rücksicht hat Rechnung tragen wollen. Auch der Wortlaut des § 1540 der RVO., wonach „Streit über Ersatzansprüche aus den §§ 1528, 1531 bis 1537 im Spruchverfahren entschieden wird", zwingt zu keiner anderen Auffassung, sofern man den Wortlaut nur nicht in zu enger Weise auslegt. Diese Auffassung entspricht der ständigen Praxis des Gerichtshofes und des Reichsgerichts. Sie ist u. a. ausgesprochen in dem Urteile des Gerichtshofes vom 20. Dezember 1913 in Sachen K. wider die Ortskrankenkasse Kamen — Pr. L. 2653 — für die Anwendung des § 58 Abs. 1 des früheren Krankenversicherungsgesetzes, wonach Streitigkeiten, welche zwischen den auf Grund dieses Gesetzes zu versichernden Personen und ihren Arbeitgebern einerseits und der Ortskrankenkasse andererseits über die Verpflichtung zur Leistung von Beiträgen entstanden, von der Aufsichtsbehörde zu entscheiden waren. Ebenso hat mit Bezug auf die gleiche Gesetzesvorschrift das Reichsgericht erkannt in den Urteilen vom 25. Januar 1904 und vom 26. April 1907 (Entscheidungen in Zivilsachen Bd. 56 S. 346 und Bd. 66 S. 77). Der gleiche Grundsatz ist von beiden Behörden festgehalten für die Fälle, in denen jemand seine Steuerpflicht bestreitet und deshalb auf Rückzahlung bereits bezahlter Steuerbeträge klagt, wobei in Betracht kommt, daß Streitigkeiten über die Steuerpflicht der Regel nach dem Rechtsweg entzogen sind (siehe Otto Stoelzel, Rechtsweg und Kompetenzkonflikt in Preußen S. 102). Allerdings hat sich auf den entgegengesetzten Standpunkt gestellt das RVA. in den Urteilen vom 23. November 1914 (Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 764) und vom 29. September 1915 (ArbVers. 1915 S. 799). Dort handelte es sich um den Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Versicherten auf Rückzahlung angeblich zu viel gezahlten Krankengeldes. Das RVA. führt aus, daß es sich dabei zunächst um keine Ansprüche im Sinne des § 1551 Abs. 1 der RVO. handle; denn hierunter fielen nur Ansprüche der Berechtigten gegen Kassen und andere Träger der Fürsorge. Aber auch § 1551 Abs. 2, 3, 4 a. a. O. treffe nicht zu, da Rückzahlungen zu Unrecht gewährter Kassenleistungen nicht zu den dort bezeichneten Leistungen gehörten, die als Leistungen der Krankenversicherung gelten. Endlich sei auch die Vorschrift des § 224 a. a. O. nicht anwendbar; denn diese betreffe, wie der Wortlaut ergebe, nur Ansprüche, die Kassen gegeneinander oder in den Fällen des im § 224 Nr. 1 erwähnten § 222 Arbeitgeber gegen Kassen erheben. Hiernach bleibe für die Verfolgung von Ansprüchen der vorliegenden Art, soweit sie nicht etwa im Wege der Aufrechnung geltend gemacht würden, nur die Klage im ordentlichen Rechtswege übrig. In ähnlicher Richtung bewegt sich ein Beschluß des Oberverwaltungsgerichts vom 8. Oktober 1903 (ArbVers. 1904 S. 130). Damals hatte eine Ortskrankenkasse einem Armenverbande die Kosten für die Krankenhausverpflegung eines Versicherten ersetzt und behauptet, daß sie ihm zu viel gezahlt habe. Das Oberverwaltungsgericht nimmt an, daß für solche Rückforderungsansprüche durch § 58 Abs. 2 des früheren Krankenversicherungsgesetzes die Zuständigkeit der Verwaltungsbehörden nicht begründet sei, weil die dort in Bezug genommenen Absätze 2 und 3 des § 57 a. a. O. mit den Ersatzansprüchen der Krankenkasse und der Gemeindekranken-

Digitized by Google

versicherung, die irrtümlich den Gemeinden und Armenverbänden mehr als notwendig geleistet hätten, sich nicht befaßten. Allein diese Ausführungen, welche sich im wesentlichen nur auf den äußeren Wortlaut der Gesetzesvorschriften stützen, können gegenüber den oben dargelegten, aus der inneren Natur der Sache sich ergebenden Erwägungen nicht entscheidend ins Gewicht fallen.

In der Literatur wird die hier vertretene Ansicht geteilt von Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 7, 16 zu § 58, und von Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 3 zu § 224 der RVO., die gegenteilige Ansicht dagegen von Hanow-Hoffmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, § 224 Anm. 5, und von Hanow-Lehmann, Kommentar zur RVO., § 1516 Anm. 7 b.

(„Kompaß".)

Anmerkung: Zu vgl. die hiermit übereinstimmenden Ausführungen von Hahn in ArbVers. 1916 S. 97 ff. gegen die Entsch. des RVA. und S. 289 ff. gegen Hoffmann daselbst S. 217 ff.

B. Zur Krankenversicherung.

Widerruf der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 174 Ziff. 2 RVO.; Beschwerde.

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts der Stadt Liegnitz** v. 20. Dezember 1916 (Pr. L. 18/16); b) des **Oberversicherungsamts in Liegnitz** v. 8. Mai 1917 (69 K. B. 1/16).

a) Der Vaterländische Frauenverein für L. beschäftigt als Wohltätigkeitsverein seit Ausbruch des Krieges eine Anzahl von Kriegerfrauen mit Näh- und Strickarbeiten zur Herstellung verschiedener Heeresbedarfsartikel, zum Teil in Nähstuben, zum Teil in der eigenen Wohnung der Frauen, die je nach den wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnissen und je nach ihrer Leistungsfähigkeit wöchentlich 2 bis 3 ℳ oder 4 bis 6 ℳ, in einem Falle sogar 8 bis 10 ℳ verdienen. Einige Zeit nach Einrichtung der Arbeitsgelegenheit für die Kriegerfrauen wurden diese auf Antrag des Vereins durch Beschluß des Vorstandes der Allgemeinen Ortskrankenkasse vom 2. November 1914 gemäß § 174 Ziff. 2 RVO. von der Versicherungspflicht befreit. Dieser Zustand blieb fast zwei Jahre unberührt. In neuerer Zeit wies der Verein die Frauen auf ihre Versicherungslage hin und machte auf die freiwillige Krankenversicherung aufmerksam mit der Zusage, für diesen Fall die Hälfte der zu zahlenden Beiträge zu übernehmen. Die Ortskrankenkasse strebte nunmehr die Zwangsversicherung der Frauen an. Sie hielt die Voraussetzungen, unter denen die Befreiung von der Versicherungspflicht ausgesprochen wurde, wegen der langen Dauer der Beschäftigung nicht mehr für gegeben, beschloß deshalb die Befreiung aufzuheben und gab dem Beschwerdeführer hiervon durch Schreiben vom 6. November 1916 mit dem Ersuchen Kenntnis, die beschäftigten Frauen vom gleichen Tage ab zur Versicherung anzumelden. Gegen diesen Beschluß erhob der Verein Einspruch und beantragte Entscheidung des Versicherungsamtes. Er bestreitet das Recht der Kasse, den Befreiungsbeschluß einseitig aufzuheben und macht ferner geltend, daß die Frauen nur für Heeresaufträge und nur während der Kriegszeit, also vorübergehend beschäftigt werden, so daß die Voraussetzungen des § 174 Ziff. 2 RVO. auch jetzt noch vorliegen; auch seien fast alle Frauen gemäß den Bestimmungen des Bundesrats vom 17. November 1913 versicherungsfrei. Das Versicherungsamt entschied, daß der Befreiungsbeschluß „mit Ablauf dieser Woche" aufgehoben und der Vereinsvorstand für verpflichtet erachtet wird, die Frauen bei der Kasse anzumelden. — Gründe:

Zunächst sind die unter den Bundesratsbeschluß vom 17. November 1913, betreffend die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht, fallenden Frauen aus der vorliegenden Streitsache auszuscheiden, denn auf sie konnte sich der von der Allgemeinen Ortskrankenkasse gefaßte Befreiungsbeschluß nicht erstrecken, da sie schon kraft Gesetzes von der Versicherungspflicht befreit waren. Sie werden demnach auch nicht von dem Aufhebungsbeschluß der Krankenkasse vom 6. November d. Js. berührt. . . . (Dies wird näher ausgeführt.)

Was nun den Streitpunkt über die Berechtigung zur Aufhebung der Befreiung der in Frage kommenden Frauen von der Versicherungspflicht anbelangt, so kommt es lediglich darauf an, ob die Voraussetzungen der Befreiung gemäß § 174 Ziff. 2 der RVO. bei der Aufhebung noch gegeben waren. Dies trifft aber nicht zu. Wohl war der Beschwerdeführer nach wie vor als Wohltätigkeitsanstalt im Sinne des Gesetzes anzusehen, doch war die andere Voraussetzung nämlich die der „vorübergehenden Beschäftigung Arbeitsloser" nicht mehr gegeben. Infolge der langen Dauer des Krieges wurde aus der zuerst mit Recht als vorübergehend angenommenen Beschäftigung — d. h. einer solchen von verhältnismäßig kurzer Zeitspanne — eine solche von jahrelanger Dauer, und man muß notgedrungen den Begriff der vorübergehenden Beschäftigung im Sinne des § 174 Ziff. 2 RVO. fallen lassen. Hieran wird auch dadurch nichts geändert, daß, wie der Beschwerdeführer ausführt, ein Krieg immer nur ein vorübergehender Zustand ist und die Frauen nur mit Heeresaufträgen während der Kriegszeit beschäftigt werden. Wortlaut und praktische Bedeutung des § 174 Ziff. 2 RVO. lassen eine so weitgehende Auslegung für den vorliegenden Streitfall sicher nicht zu. . . .

Digitized by Google

Ist nach alledem als erwiesen zu erachten, daß die Voraussetzung der Befreiung nach § 174 Ziff. 2 RVO. bezüglich der vorübergehenden Beschäftigung nicht mehr vorliegt, so war auch der Vorstand der Kasse berechtigt, die seinerzeit ausgesprochene Befreiung aufzuheben und es mußte ihm hierin beigetreten werden. Zwar würde er formell richtiger gehandelt haben, sich vorher mit dem Beschwerdeführer ins Einvernehmen zu setzen, doch ist diese Abweichung von der Form nicht geeignet, dem Beschluß seine Bestätigung zu versagen. Ein bestimmtes Verfahren, wie dies bei der Herbeiführung der Befreiung im Gesetze vorgesehen ist, ist für die Aufhebung nicht gegeben. Besteht aber die Aufhebung hiernach zu Recht, so mußte auch der Beschwerdeführer für verpflichtet erachtet werden, die von ihm beschäftigten Heimarbeiterinnen von einem in der Entscheidung näher zu bestimmenden Zeitpunkte ab bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse zur Versicherung anzumelden.

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung die Beschwerde bei dem Königlichen Oberversicherungsamt in Liegnitz eingelegt werden.

b) Der Vaterländische Frauenverein erhob gemäß dem Schlußsatze der Entscheidung Beschwerde bei dem Oberversicherungsamt. Dieses hob die angefochtene Entscheidung auf und entschied, daß die vom Verein beschäftigten Näherinnen „nach wie vor als von der Krankenversicherungspflicht befreit anzusehen" sind. — Aus den Gründen:

Die Zuständigkeit des Oberversicherungsamts ergibt sich aus § 405 Abs. 2 RVO. . . . (Es folgen Ausführungen über die Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden im Bezirke der Stadt L.)

. . . Der Vaterländische Frauenverein ist eine Wohltätigkeitseinrichtung, die bei der Vergebung von Näharbeit den Zweck verfolgt, die vorübergehend durch den Krieg etwa herbeigeführte Arbeitslosigkeit und die damit verbundene Not nach Möglichkeit zu mildern. Dem entspricht es, daß bei ihm nur Arbeit von solchen Frauen gesucht wird, die zeitweise einen Nebenverdienst brauchen, so daß der Wechsel der Arbeitsuchenden sehr groß ist. Auch hat der Verein selbst gar nicht regelmäßig Arbeit zu vergeben, weil er auf die Zuweisung von Arbeit von militärischen Stellen angewiesen ist. Die Versicherung wäre für den Verein gar nicht durchführbar.

Nach § 174 Ziff. 2 werden befreit: „Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden." Daß nur vorübergehende Beschäftigung vorliege, hat die Kasse selbst anerkannt, indem sie am 2. November 1914 die Befreiung aussprach. Wenn sie jetzt ihre Stellung ändert, anscheinend deshalb, weil der Krieg länger dauert, als sie damals angenommen hat, so kann die Berechtigung dazu jetzt nicht mehr anerkannt werden. Ein Krieg wird schließlich immer als ein vorübergehender Zustand angesehen werden müssen. Hätte die Kasse von vornherein einen anderen Standpunkt eingenommen, als sie getan hat, so würde sich trotzdem manches für eine solche Auffassung haben sagen lassen. Jetzt aber, wo nach menschlichem Ermessen der Krieg doch seinem Ende entgegengeht, den Zustand als nicht vorübergehend zu bezeichnen, wäre ein Widerspruch in sich selbst. Es wäre aber um so unzweckmäßiger, die Berechtigung der veränderten Stellung der Ortskrankenkasse anzuerkennen, weil der Verein bei Einführung der Versicherungspflicht seinen Arbeitsbetrieb einstellen müßte, so daß lediglich eine Schädigung der beteiligten Frauen eintreten würde.

Das Oberversicherungsamt sieht seine Pflicht darin, seine Entscheidungen, soweit die gesetzlichen Bestimmungen es zulassen, in Übereinstimmung mit den praktischen Bedürfnissen des Lebens zu treffen. Übrigens hat der Verein die Einrichtung getroffen, daß den Frauen, die sich freiwillig versichern, die Hälfte ihres Kassenbeitrages bezahlt wird, so daß sie in Erkrankungsfällen durch das Krankengeld eine dem geringen Verdienst entsprechende Beihilfe zum Lebensunterhalt erhalten.

Die Beschlußkammer hat sich nach alledem der Auffassung der Vorinstanz nicht auszuschließen vermocht und die Entscheidung des städtischen Versicherungsamtes vom 20. Dezember 1916 aufgehoben.

Anmerkung: Die Entscheidungen sind in mehrfacher Hinsicht interessant. In der Sache selbst treten wir der Auffassung des Oberversicherungsamts bei. Der Begriff der vorübergehenden Beschäftigung im Sinne des § 174 Ziff. 2 RVO. ist ein anderer als nach § 168. Als vorübergehend beschäftigt im Sinne des § 174 Ziff. 2 muß man alle jene Personen ansehen, denen die Wohltätigkeitsanstalt Arbeitsgelegenheit gibt in der Absicht, einem als vorübergehend gedachten Notstande abzuhelfen. Es genügt, daß der Notstand und folglich auch die Beschäftigung bei der Aufnahme des Bedürftigen als vorübergehend angesehen werden konnte, auch wenn sie dann wider Erwarten lange dauert. Die lange Dauer des Krieges kann schon deshalb kein hinreichender Grund zum Widerruf der Befreiung sein, weil zwar die Gesamteinrichtung für die Dauer des Krieges getroffen sein mag, hieraus aber noch keineswegs folgt, daß die einzelnen Beschäftigungsverhältnisse ebenso lange dauern müssen; sie können sich doch auch während des Krieges jederzeit durch Wegfall des Bedürfnisses der einzelnen Personen noch dieser aushilfsweisen Arbeitsgelegenheit erledigen und sind deshalb immer weiter als nur vorübergehend anzusehen.

Prozeßrechtlich aber sind beide Entscheidungen recht bedenklich. Die Krankenkasse hatte die früher von ihr ausgesprochene Befreiung widerrufen. Das war eine „Entscheidung", die praktisch und rechtlich Ablehnung der Befreiung für die Zukunft bedeutet und gegen die daher Beschwerde an das Versicherungsamt nur nach § 175 Abs. 2 RVO. zulässig war (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1916 S. 734, 735 am Schlusse). Dieses hatte also endgültig zu entscheiden. Wenn das Versicherungsamt in seiner Entscheidung den

Digitized by Google

Widerruf billigte und zugleich die Pflicht des Vaterländischen Frauenvereins zur Anmeldung der Frauen aussprach, so zog es damit nur eine praktische Folgerung, die sich aus dem Widerruf von selbst ergab. Die Entscheidung wurde dadurch nicht zu einer Entscheidung über das Versicherungsverhältnis im Sinne des § 405, da die Versicherungspflicht an sich nicht streitig und eben über nichts anderes als über die Ablehnung der Befreiung zu entscheiden war.

Hiernach hat das Versicherungsamt in zwiefacher Richtung fehlgegriffen:

1) Es durfte nicht aussprechen, daß die Befreiung „mit Ablauf dieser Woche" aufgehoben werde, sondern es mußte sich mit der Zurückverweisung der Beschwerde begnügen; denn wenn nach der Ansicht des Amtes der Standpunkt der Kasse zu billigen war, so war bereits mit der Mitteilung der den Widerruf aussprechenden Entscheidung des Kassenvorstandes die Befreiung hinfällig geworden und dabei mußte es verbleiben.
2) Der Hinweis am Schlusse der Entscheidung, daß Beschwerde beim Oberversicherungsamt zulässig sei, beruht auf Rechtsirrtum. Es mußte gesagt werden, daß die Entscheidung nach § 175 Abs. 2 RVO. endgültig ist.

Demselben Irrtum (wie zu 2) ist auch das Oberversicherungsamt verfallen, indem es im Eingange seiner Entscheidung seine Zuständigkeit auf § 405 Abs. 2 gründete. Es mußte die Beschwerde — als eine „weitere" Beschwerde — als unzulässig verwerfen. Da es dies nicht getan hat, kann in Frage kommen, ob die Entscheidung des Oberversicherungsamts im Rechtsmittelwege anfechtbar war. Dies ist zu verneinen. Denn § 1798 RVO. bestimmt, daß die auf weitere Beschwerde erlassenen Entscheidungen des Oberversicherungsamts endgültig sind. Das Gesetz macht keinen Unterschied, ob die Anfechtung der Entscheidung des Oberversicherungsamts auf einen sachlichen oder einen prozeßrechtlichen Grund gestützt wird; sie ist schlechthin unzulässig, auch dann, wenn — wie im vorliegenden Falle — schon die Entscheidung des Versicherungsamts eine Beschwerdeentscheidung und als solche nach besonderer gesetzlicher Vorschrift endgültig war, das Oberversicherungsamt also zu Unrecht eine sachliche Entscheidung gefällt hat, statt die weitere Beschwerde als unzulässig zu verwerfen.

Rückversicherung bei einem leistungsfähigen Versicherungsverein begründet für sich allein nicht die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers im Sinne der §§ 418, 435 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. März 1917.

Nach § 418 Abs. 1 RVO. werden in der Landwirtschaft Beschäftigte von der Versicherungspflicht auf Antrag des Arbeitgebers befreit, wenn sie an diesen bei Erkrankung Rechtsanspruch auf eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung haben. Voraussetzung der Befreiung ist nach § 418 Abs. 2 Nr. 1, daß der Arbeitgeber die volle Unterstützung aus eigenen Mitteln „deckt" und nach Nr. 2, daß „seine Leistungsfähigkeit sicher ist" (zu vgl. im übrigen § 418 Abs. 2 Nr. 3 a. a. O.). Diese Vorschriften gelten nach § 435 RVO. auch für die Versicherung von Dienstboten, um die es sich hier handelt.

Es fragt sich zunächst, ob es überhaupt zulässig ist, daß ein Arbeitgeber, wie hier, die wirkliche Leistung der von ihm gegenüber dem Dienstboten übernommenen Unterstützung einem Versicherungsverein überträgt. Dies ist nach der Fassung des § 418 Abs. 1 zu bejahen. Denn hier wird nur verlangt, daß der Arbeitgeber die „volle" Unterstützung „aus eigenen Mitteln deckt", nicht aber, daß er sie auch selbst „leistet". Es soll nur vermieden werden, daß der Arbeitgeber den befreiten Versicherten in irgendeiner Form zu den Beiträgen für die Rückversicherung heranzieht. Vielmehr soll er die gesamten Versicherungskosten aus eigenen Mitteln zahlen. Daß dem Arbeitgeber die Versicherung bei einer Versicherungsgesellschaft nicht verwehrt werden sollte, ergibt sich auch aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift. In der Begründung zu § 186 Nr. 2 des Entwurfs (§ 173 RVO.), der, ähnlich wie in §§ 418, 435 RVO. nur für landwirtschaftliche Arbeiter und für Dienstboten geschehen ist, für alle Versicherten die Befreiung von der Versicherungspflicht im Falle der vertraglichen Übernahme der Unterstützung durch den Arbeitgeber vorsah, wurde die Übertragung der Unterstützung an einen Versicherungsverein ausdrücklich für zulässig erklärt. Der Umstand, daß § 186 Nr. 2 des Entwurfs in der Kommission abgelehnt worden ist, steht der Verwertung dieser Stelle der Begründung für die hier vertretene Ansicht nicht entgegen, weil § 418 Abs. 2 Nr. 2 RVO. die entsprechende Vorschrift des Entwurfs wörtlich wiederholt. Ferner ist in den Kommissionsverhandlungen ein zu § 447 Abs. 2 Nr. 1 des Entwurfs (jetzt § 418) gestellter Unterantrag (Nr. 878, 2), der die Rückversicherung allgemein ausschließen wollte, abgelehnt worden, nachdem ein Regierungsvertreter darauf hingewiesen hatte, daß gegen eine Rückversicherung auf Kosten des Arbeitgebers, auch vom Standpunkte des befreiten Versicherten, nichts einzuwenden sei (Kommissionsber. II S. 389 und 392, 393).

Ist hiernach eine Rückversicherung an sich zulässig, so fragt es sich weiter, welche Bedeutung ihr für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers im Sinne des § 418 Abs. 2 Nr. 2 RVO. beizulegen ist. Dabei war vorliegend in tatsächlicher Hinsicht von folgendem auszugehen. Die Beschwerdeführerin selbst kann nach ihren eigenen Angaben nicht als leistungsfähig für die Gewährung der Krankenhilfe an ihren Dienstboten angesehen werden. Der Berliner Dienstboten-Versicherungsverein, bei dem sie versichert ist, hat ihr gegenüber vertraglich die Erfüllung sämtlicher in Betracht kommenden Leistungen übernommen. Er gewährt allgemein den Dienstboten der bei ihm versicherten Dienstherrschaften an deren Stelle die Unterstützungen, welche die Dienstboten von der zuständigen Krankenkasse zu beanspruchen

Digitized by Google

hätten (§ 2 Abs. 1 der Satzung). Nach § 2 Abs. 3 seiner neuen Satzung vom 7. März 1916 ist den befreiten Dienstboten auch ein Rechtsanspruch auf Unterstützung eingeräumt „für die Dauer der Befreiung", also bis zum Ablauf des bei Stellung des Antrags bestehenden Arbeitsvertrags und darüber hinaus nach Maßgabe des § 214 RVO. Ferner wird der nach § 422 RVO. in Anspruch genommenen gesetzlichen Krankenkasse wegen ihrer Auslagen gegen den Verein ein Rückgriffsrecht neben dem Arbeitgeber ausdrücklich zugestanden. Bei Erkrankungen außerhalb des Vereinsgeschäftsbezirks werden Kurkosten, Arztehonorar und sonstige Auslagen nach den am Aufenthaltsorte üblichen Sätzen für Behandlung dort wohnender Dienstboten erstattet (§ 3 Abs. 11 der Satzung). Veranstaltungen zur Gewährung von Sachleistungen an Kranke, wie bei den gesetzlichen Kassen nach § 219 RVO. hat der auf einen örtlichen Bezirk beschränkte Verein bei auswärts eintretenden Erkrankungen von Dienstboten nicht getroffen. Auch ein Weiterversicherungsrecht nach Art des § 313 RVO. kann der Verein den befreiten Versicherten nicht einräumen. Aber hiervon abgesehen, muß der Berliner Dienstboten-Versicherungsverein nach Leistungen, Verwaltungsführung und seinen erheblichen Rücklagen als durchaus leistungsfähig gelten. Der Streitfall spitzt sich deshalb auf die Entscheidung der grundsätzlichen Frage zu, ob die Rückversicherung bei einem leistungsfähigen Versicherungsverein allein genügt, den Nachweis der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers zu erbringen, oder ob die Leistungsfähigkeit ohne Rücksicht auf die Rückversicherung in der Person und in den Vermögensverhältnissen des Arbeitgebers selbst begründet sein muß. Welcher Ansicht der Vorzug zu geben ist, läßt das Gesetz unentschieden, da es in § 418 Abs. 2 Nr. 2 RVO. als Voraussetzung für den Befreiungsantrag des Arbeitgebers lediglich vorgeschrieben hat, daß „seine Leistungsfähigkeit sicher ist".

Der Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift läßt verschiedene Deutungen zu. Zunächst könnte man, mit der Beschwerde von der Voraussetzung ausgehend, die Vorschrift bezwecke lediglich Schädigungen der befreiten Versicherten und der Kassen durch leistungsunfähige Arbeitgeber zu vermeiden, annehmen, die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers sei im Sinne des § 418 Abs. 2 Nr. 2 RVO. schon dann ausreichend gesichert, wenn er für die Gewährung der von ihm übernommenen Leistungen an seine Beschäftigten ausreichend gesorgt hat. Hiernach würde es genügen, wenn der Arbeitgeber für die Erfüllung dieser Aufgaben über sichere Vermögenswerte irgendwelcher Art verfügt. Zu dem Vermögen gehören aber nicht nur Grundstücke, Wertpapiere, Hypotheken und dergleichen, sondern auch andere Forderungen. Ist eine Forderung gut, so braucht sie hinsichtlich ihrer Sicherheit anderen Vermögensstücken nicht nachzustehen. Dies gilt auch für Forderungen aus einem Versicherungsvertrag, die ebenfalls einen Vermögensbestandteil des Arbeitgebers bilden und hinsichtlich ihrer Sicherheit im wesentlichen nur von der Zuverlässigkeit des betreffenden Versicherungsvereins sowie der von ihm übernommenen Leistungen abhängen, und nicht wechselnden Einflüssen wie das sonstige Vermögen des Arbeitgebers ausgesetzt sind. Mit einiger Berechtigung und, ohne dem Wortlaut des § 418 Zwang anzutun, könnte man daraus folgen, daß leistungsfähig im Sinne dieser Vorschrift auch der Arbeitgeber sei, welcher durch einen leistungsfähigen Versicherungsverein die Gewährung der Krankenhilfe an seine befreiten Arbeiter sichergestellt hat. Die fragliche Vorschrift läßt sich auch in einem anderen Sinne verstehen, nämlich so, daß die erforderliche Sicherheit ausschließlich oder doch überwiegend in den allgemeinen Vermögensverhältnissen des Arbeitgebers selbst, also nicht lediglich durch die Versicherung bei einem leistungsfähigen Versicherungsverein, begründet sein muß. Für diese Auffassung könnte der Wortlaut des § 418 sogar in erster Reihe verwertet werden (zu vgl. Monatsbl. für Arbeiterversf. 1912 S. 20, Hahn, Handb. der Krankenversf. Anm. 2b zu § 418 RVO.). Durch die Fassung der Vorschrift („seine Leistungsfähigkeit sicher ist") sollte, so ließe sich ausführen, die persönliche Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers selbst besonders betont und festgestellt werden, daß es nicht genüge, die Gewährung der Krankenhilfe an die befreiten Beschäftigten lediglich durch einen leistungsfähigen Versicherungsverein, ohne Rücksicht auf die allgemeine Vermögenslage des Arbeitgebers, sicherzustellen. Zwingend ist auch diese Auslegung nicht. Bleibt hiernach der Wortlaut der Vorschrift zweifelhaft, so ist zu versuchen, den Willen des Gesetzgebers aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift zu ermitteln. Auch dieser Weg ist erschwert, weil der § 418 RVO. erst nach zahlreichen und wechselvollen Verhandlungen Gesetzeskraft erlangt. Überdies ist zu der Frage des Einflusses der Rückversicherung des Arbeitgebers städtischer Dienstboten auf die Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit weder in der Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung, noch in den Kommissionsverhandlungen bestimmt Stellung genommen worden. Nur bei der Versicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter, für die Versicherungsvereine der Arbeitgeber nur geringe praktische Bedeutung besitzen, wurde diese Frage gestreift.

Aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift ist folgendes hervorzuheben: § 186 Nr. 2 des Entwurfs, der eine Befreiung aller Arten von Versicherten unter ähnlichen Voraussetzungen wie § 418 RVO. vorsah, wurde von der Kommission gestrichen, nachdem vorher Anträge angenommen waren, den Arbeitgeber zur „unmittelbaren" Gewährung der Unterstützung (Antrag Nr. 106, Kommissionsber. II S. 29) und bei

Digitized by Google

Streichung der Worte „und seine Leistungsfähigkeit sicher ist" zu einer weitgehenden Sicherheitsleistung zu verpflichten (Antrag Nr. 98 a. a. O. S. 29, Kommissionsber. II S. 38). Die Streichung des ganzen § 186 Nr. 2 des Entwurfs wurde namentlich damit begründet, daß es sich um eine Ausnahmevorschrift handle, die zugunsten der Arbeitgeber, namentlich der Großgrundbesitzer, wirke, und daß die Befreiung großer Gruppen von Arbeitern die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen beeinträchtige (S. 30 a. a. O.). Der Staatssekretär des Innern, der für Beibehaltung der Vorschrift eintrat, betonte u. a., daß sie dem geltenden Rechte entspreche (§ 3a KrVersGes.) und daß die Befreiung einem Bedürfnis Rechnung trage, da von ihr, soweit die Krankenversicherung bisher statutarisch für landwirtschaftliche Arbeiter eingeführt sei, namentlich auf den größeren Gütern in erheblichem Umfang Gebrauch gemacht worden sei. Von der Befreiung sei auch eine merkbare Ausschaltung der gesetzlichen Versicherung nicht zu befürchten (a. a. O. S. 33, 34, wegen des einzelnen zu vgl. S. 22 bis 38). Ein Antrag Nr. 279, der bezweckte, die Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag des Arbeitgebers, wie in § 136 des Ges., betr. die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 5. Mai 1886, bei landwirtschaftlichen Arbeitern, dann zuzulassen, wenn bei Sicherung gleichwertiger Leistungen durch den Arbeitgeber dieser die volle Unterstützung aus eigenen Mitteln deckt und seine Leistungsfähigkeit sicher ist, wurde in erster Lesung abgelehnt. Ebenso in zweiter Lesung ein ähnlicher Antrag. Nr. 729 (zu vgl. Kommissionsber. II S. 388). Zur Begründung des Antrags war bemerkt worden, für die Landwirtschaft sei eine dem abgelehnten § 186 Nr. 2 des Entwurfs entsprechende Vorschrift unerläßlich. Es sollten dem Großgrundbesitz keine finanziellen Vorteile zugewendet, sondern lediglich die bestehenden Verhältnisse aufrecht erhalten werden. Es würden nur solche Arbeitgeber die Befreiung beantragen, die in der Lage seien, ein größeres finanzielles Wagnis zu übernehmen. Gegen die Befreiung wurde unter teilweiser Wiederholung der bei § 186 Nr. 2 des Entwurfs geltend gemachten Bedenken ausgeführt, daß die Befreiung die kleinen und mittleren Arbeitgeber benachteilige, die nicht in der Lage seien, ihre Arbeiter befreien zu lassen.

Die Ausgleichslesung brachte eine Wiederholung des Antrags Nr. 729 in einer Fassung, die der des § 418 RVO. entspricht (Kommissionsber. II S. 388, 389). Der Antrag (Nr. 862) wurde angenommen (a. a. O. S. 393). Ein Unterantrag (Nr. 878, 2), dem jetzigen § 418 Abs. 2 Nr. 1 — nicht Nr. 2 RVO. einen Zusatz beizufügen: „Rückversicherung ist nicht zulässig" wurde abgelehnt (a. a. O. S. 393). Zur Begründung des Hauptantrags wurde auf die früheren Verhandlungen zu § 186 Nr. 2 des Entwurfs Bezug genommen und gegenüber einem Redner, der bei Annahme des Antrags eine erhebliche Schädigung der Landkrankenkassen befürchtete, weil nunmehr auch die Arbeiter der mittleren landwirtschaftlichen Güter, außer den von Großgrundbesitzern Beschäftigten, befreit werden könnten, insbesondere bemerkt, der Antrag halte im wesentlichen das geltende Recht aufrecht (§ 136 des Gesetzes vom 5. Mai 1886). Kleine und mittlere Besitzer hätten erfahrungsgemäß wegen des damit verbundenen großen Risikos von der Befreiung keinen Gebrauch gemacht. Doch solle auch derartigen landwirtschaftlichen Unternehmern grundsätzlich die Möglichkeit gewährt werden, die Fürsorge für ihre Beschäftigten selbst zu übernehmen und sie von der Krankenversicherungspflicht befreien zu lassen (Kommissionsber. II S. 389, 390). Ein Regierungsvertreter aus dem Reichsamt des Innern gab hierauf eine Erklärung ab, die bei Auslegung des § 418 Abs. 2 Nr. 2 RVO. in der Literatur und in den Entscheidungen der Versicherungsbehörden als besonders bedeutsam erachtet worden ist (Kommissionsber. a. a. O. S. 391):

Es sei, so führte er aus, die Befürchtung, daß der § 447 (§ 418 RVO.) den Landkrankenkassen einen erheblichen Teil der Versicherten entziehen werde, kaum begründet. Der Arbeitgeber müsse als Voraussetzung der Befreiung so erhebliche Lasten übernehmen, daß die Nachprüfung der Leistungsfähigkeit die Befreiung auf einen verhältnismäßig kleinen Kreis von größeren Grundbesitzern beschränken werde. Man bemerke dabei, daß die Leistungsfähigkeit in der Person des Arbeitgebers, ohne Rücksicht auf eine etwaige Rückversicherung, sichergestellt sein müsse. Es würden für die Befreiung regelmäßig nur Großgrundbesitzer in Frage kommen, die ohnehin berechtigt sein würden, eine Betriebskrankenkasse zu errichten. Eine beachtliche Beeinträchtigung der Landkrankenkassen sei daher durch den § 447 (§ 418 RVO.) nicht zu befürchten.

Zur Begründung des abgelehnten Unterantrags Nr. 878, 2 wurde in der Kommission bemerkt, bei Zulassung der Rückversicherung bestehe die Gefahr, daß auch die kleinsten Arbeitgeber ihre Arbeiter aus den Landkrankenkassen herausnähmen und auf diese Weise die Privatversicherung an Stelle der reichsgesetzlichen Krankenversicherung trete (Kommissionsber. 2. Teil S. 392). Hierauf erwiderte ein Regierungsvertreter, der Arbeitgeber solle durch den § 447 (418 der RVO.) nicht gehindert werden, sich wegen der übernommenen Leistungen durch Abschluß einer Rückversicherung zu decken. Nur dürfe der Arbeiter nicht zu den Kosten der Versicherung in irgendeiner Form herangezogen werden. Ob der Arbeitgeber sich auf seine Kosten rückversichere, könne dem Befreiten einerlei sein. Zu dieser auf S. 392 des Kommissionsberichts abgedruckten Bemerkung eines Regierungsvertreters

Digitized by Google

wird in einer Anmerkung auf die oben erwähnte Erklärung des Vertreters aus dem Reichsamt des Innern — S. 391 Kommissionsber. — ausdrücklich verwiesen. Dieser Hinweis erfolgte wohl, um klarzustellen, daß die Erklärung des Vertreters des Reichsamts des Innern über die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers durch die Darlegungen des anderen Regierungsvertreters nicht berührt werden sollte.

Ein leitender Gedanke zieht sich ersichtlich durch alle diese Verhandlungen hindurch, nämlich der, Schädigungen der gesetzlichen Krankenkassen durch zu weite Ausdehnung der Befreiungen zu vermeiden. Deshalb wurde die Befreiung zunächst überhaupt abgelehnt, schließlich aber zugelassen, nachdem insbesondere von seiten der Regierungsvertreter wiederholt betont worden war, daß hierdurch die gesetzlichen Kassen voraussichtlich nicht erheblich beeinträchtigt würden. In der Landwirtschaft wollte man die Befreiung neben dem Großgrundbesitz auf leistungsfähige kleinere und mittlere Landwirte beschränken. Dagegen sollte nicht allgemein, insbesondere nicht bei den kleinsten Besitzern die Befreiung zugelassen werden. Geht man hiervon aus, so darf angenommen werden, daß man die Rückversicherung bei einem leistungsfähigen Versicherungsverein allein nicht als ausreichend ansehen kann, um den Nachweis genügender Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers zu erbringen. Diese Folgerung aus dem erwähnten leitenden Gedanken der Erörterungen ist kaum abzuweisen. Denn sonst könnte schließlich jeder bei einem leistungsfähigen Versicherungsverein Versicherte, auch ein ganz vermögensloser Arbeitgeber, bei entsprechender Gestaltung der Versicherungsbedingungen die Befreiung seiner Beschäftigten von der Versicherungspflicht verlangen, sofern er nur zur Zahlung der unter Umständen gegenüber den Beiträgen bei den gesetzlichen Kassen niedrigeren Versicherungsbeträge in der Lage wäre. Die bei den Beratungen der Kommission beabsichtigte grundsätzliche Beschränkung der Befreiungen würde dadurch praktisch beseitigt. Im Hinblick hierauf hat der Senat angenommen, daß der Arbeitgeber auch abgesehen von der Rückversicherung in seinen sonstigen Vermögens- und persönlichen Verhältnissen Sicherheit für die Gewährung der Krankenhilfe an seine zu befreienden Beschäftigten bieten muß. Das folgerte er aus der Zweckbestimmung der Vorschrift, die nicht lediglich darauf gerichtet war, Schädigungen der Versicherten und der Kasse durch leistungsunfähige Arbeitgeber zu vermeiden, sondern gleichzeitig einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kassen durch eine zu weit gehende Verringerung ihres Mitgliederbestandes infolge umfangreicher Befreiungen entgegentreten sollte. Bei dem nach § 435 auch für Dienstboten geltenden § 418 RVO. muß diese Auffassung bei der Befreiung von Dienstboten ebenso Platz greifen. Da § 435 RVO. sich nicht bloß auf die bei Landkrankenkassen, sondern auch die bei Ortskrankenkassen versicherten ländlichen oder städtischen Dienstboten bezieht (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenverf. Anm. 1 Abs. 2 zu 435), kann der städtische Dienstherr gleichfalls nicht lediglich wegen seiner Zugehörigkeit zu einem leistungsfähigen Versicherungsverein die Befreiung verlangen. Vielmehr muß auch hier von Fall zu Fall geprüft werden, ob seine Leistungsfähigkeit nach den allgemeinen Vermögensverhältnissen gesichert erscheint. Das nimmt die Literatur überwiegend an (zu vgl. Hahn, a. a. O. Anm. 2b zu § 418, Olshausen, Anm. 3 zu § 418, Köhler-Schäffer, Anm. 6 zu § 418, Kleeis, ArbVers. 1913 S. 627 ff., Junghans, ArbVers. 1915 S. 679 ff.). Die Entsch. 2020 (Amtl. Nachr. 1915 S. 512) steht dieser Ansicht nicht entgegen. In ihren Gründen ist nicht ausgesprochen, daß die Sicherheit der Leistungsfähigkeit allein schon durch eine entsprechend gestaltete Rückversicherung dargetan werde. Allerdings vertreten Stier-Somlo, Kommentar Anm. 2 E. a. E. zu § 418 und Hoffmann, ArbVers. 1916 S. 842, die entgegengesetzte Meinung. Gegenüber Stier-Somlo, der annimmt, daß, „wenn nicht einmal die Worte aus eigenen Mitteln in § 418 Abs. 2 Nr. 1 der RVO. die Rückversicherung ausschließen, dies doch nicht bei Nr. 2 der Fall sein könne, wo selbst diese Worte fehlten und nur die Sicherung der Leistungsfähigkeit gefordert wird", ist darauf hinzuweisen, daß die Fassung der Nr. 1 für die Auslegung der Nr. 2 a. a. O. schon deshalb nicht ausschlaggebend sein kann, weil in beiden Vorschriften verschiedenartige Fragen geregelt werden. Die erstere betrifft die Frage der Zulässigkeit der Rückversicherung überhaupt, die letztere den Einfluß der Rückversicherung auf die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers. Hoffmann a. a. O. bezeichnet die Fassung des § 418 Abs. 2 Nr. 2 RVO. als unklar und ist im übrigen der Ansicht, daß die mehrfach erwähnte und vom Senat berücksichtigte Erklärung eines Regierungsvertreters im Gesetze selbst keinen Ausdruck gefunden habe. Daß der Wortlaut der Vorschrift zweideutig ist, hat auch der entscheidende Senat nicht verkannt. Er hat aber aus ihrer Entstehungsgeschichte beachtliche Stützen für seine einschränkende Auslegung herleiten zu können geglaubt. Hoffmann hat nicht Unrecht, wenn er meint, daß die Erklärungen der Regierungsvertreter in der Kommission in erster Reihe beabsichtigten, die wegen des Bestandes der „Landkrankenkasse" geäußerten Bedenken zu verstreuen. Diese Erwägungen treffen aber in gewissem Umfange für alle übrigen Kassen zu. Bei den auf eine breite Grundlage gestellten allgemeinen Ortskrankenkassen würden zwar sich die befürchteten Schädigungen am wenigsten fühlbar machen, wobei dahingestellt bleibt, ob jugendliche unverheiratete weibliche Personen, wie in den Kommissions-

Digitized by Google

verhandlungen von einer Seite hervorgehoben worden ist (Kommissionsber. II S. 390), ein besonders gutes Versicherungsrisiko bilden. Jene Schädigungen würden aber da, wo besondere Ortskrankenkassen für Dienstboten bestehen und bei Landkrankenkassen, bei denen überwiegend Dienstboten versichert sind, deutlich in die Erscheinung treten müssen. Namentlich dann, wenn ein gut geleiteter Versicherungsverein, der in der Lage ist, vorteilhafte Versicherungsbedingungen zu bieten, eine von seinem Standpunkte durchaus verständliche rührige Werbetätigkeit entfaltet. Die Ausdehnung seiner Geschäftstätigkeit würde dadurch wesentlich erleichtert, daß der Beitritt zu ihm für den Nachweis der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers genügen und dadurch der erfahrungsgemäß als lästig empfundene Nachweis eigenen Vermögens durch den Arbeitgeber entbehrlich würde. Ohne diese Hemmung könnte in einzelnen Kassenbezirken die private Versicherung in für die gesetzlichen Kassen gefahrdrohendem Umfange an Stelle der gesetzlichen Zwangsversicherung treten. Das käme praktisch genommen für in der Landwirtschaft Beschäftigte und für Dienstboten der Errichtung von Ersatzklassen gleich, die nach §§ 434, 435 RVO. überhaupt nicht zugelassen werden sollten (zu vgl. auch die §§ 503, 517 bis 520). Der Senat glaubte einen billigen Ausgleich der widerstreitenden Interessen darin zu finden, daß er die Rückversicherung zwar nicht für unzulässig erklärte, aber ihre Wirkungen auf die Befreiung von der Versicherung sachgemäß einschränkte. Dies Ergebnis mag insofern nicht befriedigen, als es nur bemittelteren Arbeitgebern ermöglicht, von der Befreiung ihrer Beschäftigten durch eine Rückversicherung Gebrauch zu machen. Dies Bedenken muß aber gegenüber der Erwägung, Schädigungen der gesetzlichen Kassen möglichst zu vermeiden, zurücktreten.

Nach alledem ist der Befreiungsantrag der Beschwerdeführerin, da sie in ihrer Person die Sicherheit für die Erfüllung der von ihr übernommenen Verpflichtung zur Leistung der Krankenhilfe völlig vermissen läßt, nicht begründet und die Beschwerde war deshalb zurückzuweisen. Ob die Rückversicherung bei leistungsfähigeren Arbeitgebern wie die Beschwerdeführerin geeignet ist, als ein die eigene beschränkte Leistungsfähigkeit ergänzender und sie erhöhender Umstand berücksichtigt zu werden, war hier nicht zu entscheiden. Auch die Frage konnte dahingestellt bleiben, ob der Nachweis ausreichender Leistungsfähigkeit durch Stellung einer Sicherheit, insbesondere durch eine Bürgschaftsübernahme seitens eines vermöglichen Dritten, erbracht werden kann. Eine erhebliche Ausdehnung der Befreiungen würde hierdurch nicht eintreten. Denn eine derartige Sicherheit wird ein vermögensloser Arbeitgeber nur selten erbringen können.

Anmerkung: Hierzu schreibt uns Herr Stadtrat Junghans in Berlin-Wilmersdorf: Die vorstehende Entscheidung entspricht den Ausführungen in dem Aufsatz „Zur Frage der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers bei Befreiungsanträgen nach § 418/435" in ArbVers. 1915 S. 679 ff. Das Reichsversicherungsamt hat sich zwar darauf beschränkt, die Rückversicherung bei einem Dienstbotenversicherungsverein dann für unerheblich zu erklären, wenn die sich rückversichernde Dienstherrschaft vollkommen leistungsunfähig ist. Die Frage, ob die Rückversicherung bei einem derartigen Verein für den Ausspruch der Befreiung dann von Wesentlichkeit ist, wenn die Dienstherrschaft nicht vollkommen leistungsunfähig, sondern nur beschränkt leistungsfähig sei, hat das Reichsversicherungsamt offen gelassen, indem es bemerkt: „Ob die Rückversicherung bei leistungsfähigeren Arbeitgebern, wie die Beschwerdeführerin geeignet ist, als ein die eigene beschränkte Leistungsfähigkeit ergänzender und sie erhöhender Umstand berücksichtigt zu werden, war hier nicht zu entscheiden." Nach meinem Dafürhalten kann das Reichsversicherungsamt jedoch auch bei Entscheidungen, die sich mit der letzteren Frage zu befassen haben, zu keiner anderen Auffassung gelangen, als daß die Leistungsfähigkeit der Dienstherrschaft in allen Fällen in ihrer eigenen Person gewährleistet sein muß und daß eine Rückversicherung bei irgendeinem Dienstbotenversicherungsverein niemals in Frage kommen kann. Zu diesem Ergebnis führt die ganze Entstehungsgeschichte des § 418 RVO., auf die bei der immerhin nicht ganz klaren Fassung des Wortlautes zur einwandfreien Feststellung zurückgegangen werden mußte. Auch das Reichsversicherungsamt ist aus dem vorbezeichneten Grunde auf diese Entstehungsgeschichte zurückgegangen und hat den Willen des Gesetzgebers hauptsächlich aus der Erklärung des Vertreters des Reichsamtes des Innern geschöpft, der ausdrücklich erklärt hat, daß „die Leistungsfähigkeit in der Person des Arbeitgebers ohne Rücksicht auf eine etwaige Rückversicherung sichergestellt sein müsse." Die logische Folge hiervon wird unbedingt sein müssen, daß das Reichsversicherungsamt in allen Fällen eine Rückversicherung völlig außer Betracht läßt. Es erscheint keineswegs angängig, bei der Prüfung der Leistungsfähigkeit, die an sich schon schwer ist, noch abzuwägen, in welchem Verhältnis die persönliche Leistungsfähigkeit zu der Leistungsfähigkeit des betreffenden Rückversicherungsvereins steht. Das Reichsversicherungsamt scheint jedoch diese Abwägungen treffen zu wollen; es ist zu hoffen, daß es bei anderen Entscheidungen diesen Weg nicht beschreiten wird, wollte es sich nicht mit seinem ganzen Gedankengang in der oben abgedruckten grundsätzlichen Entscheidung in Widerspruch setzen.

Digitized by Google

C. Zur Angestelltenversicherung.

Verjährung der Rückforderung von Beiträgen ungeachtet des Anerkenntnisses der Versicherungsfreiheit seitens der Reichsversicherungsanstalt.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** v. 1. Juli 1916 (B. 3451/15).

Eine Arbeitgeberin hatte für mehrere Angestellte Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt gezahlt, später aber erkannt, daß Versicherungspflicht nicht vorlag. Daraufhin hat sie der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gegenüber unter Darlegung der Art des Beschäftigungsverhältnisses der Angestellten die Versicherungspflicht bestritten und um Rückerstattung der bereits gezahlten Beiträge in Höhe von 67,20 ℳ gebeten. Die Reichsversicherungsanstalt hat durch Bescheid anerkannt, daß die Angestellten nicht versicherungspflichtig seien und hat der Antragstellerin gleichzeitig eröffnet, daß die bisher entrichteten Beiträge nach Maßgabe der §§ 209, 228 des Angestelltenversicherungsgesetzes zurückerstattet werden würden. Im Anschluß an eine Erinnerung ist die Antragstellerin seitens der Reichsversicherungsanstalt dahin beschieden worden, daß infolge eingetretener Verjährung eine Rückerstattung der Beitragshälften nicht mehr erfolgen könne. Dieser Bescheid geht davon aus, daß nach § 209 zwar dem Versicherten noch 10 Jahre nach der Beitragsentrichtung ein Rückforderungsrecht hinsichtlich seiner Beitragsanteile zustehe, daß aber der Arbeitgeber die auf ihn entfallenden Beitragshälften nicht mehr zurückfordern könne, wenn 2 Jahre seit dem Tage der Entrichtung vergangen seien; eine Rückzahlung dürfe also insoweit nicht mehr erfolgen. Maßgebend für die Berechnung dieser Frist sei einmal der Zeitpunkt der Beitragsentrichtung und andererseits der Tag, an welchem der Antrag auf Rückzahlung bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte eingegangen sei. Da der Antrag auf Rückerstattung am 19. Juni 1915 bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte eingegangen sei, so könnten die auf die Antragstellerin entfallenden Beitragsanteile, soweit sie vor dem 19. Juni 1913 entrichtet worden seien und sich auf die Zeit vor der Entrichtung beziehen, nicht mehr zurückgezahlt werden. Die Bestimmungen des § 201 des Bürgerlichen Gesetzbuches seien insoweit für das Angestelltenversicherungsgesetz nicht anwendbar.

Der von der Antragstellerin angerufene Rentenausschuß hat den Antrag zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte überhaupt in der Lage wäre, einen gesetzlich verjährten Anspruch nachträglich rechtswirksam anzuerkennen; denn ein unbedingtes Anerkenntnis des Rückerstattungsanspruches liegt nicht vor. Wenn die Antragstellerin in dem Bescheide vom 9. September 1915 ein Anerkenntnis des Rückerstattungsanspruches erblickt, so übersieht sie, daß die Rückerstattung ausdrücklich nur nach Maßgabe der §§ 209, 228 des AngestVersGes. zugesagt worden ist, daß also die Rückerstattung nur erfolgen sollte, soweit nicht bereits die Verjährung eingetreten war. Auch mit dem Hinweis auf § 201 BGB. kann die Antragstellerin nicht gehört werden. Das Angestelltenversicherungsgesetz ist ein Teil des reichsrechtlichen öffentlichen Rechts, während das Bürgerliche Gesetzbuch das Privatrecht regelt. Die Bestimmungen des Privatrechts über die Verjährung sind aber für das Öffentliche Recht nur insoweit anwendbar, als das Öffentliche Recht oder das Privatrecht selbst die Anwendbarkeit ausdrücklich festsetzt. Die Anwendbarkeit des § 201 BGB. ist aber weder im Angestelltenversicherungsgesetz noch im Bürgerlichen Gesetzbuch vorgesehen. Das Angestelltenversicherungsgesetz hat vielmehr im § 324 besondere Vorschriften über den Lauf von Fristen getroffen.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um die Rückforderung irrtümlich geleisteter Beiträge; denn die Beiträge sind in der Annahme einer Voraussetzung gezahlt worden, die nicht gegeben war. Die Rückerstattung irrtümlich geleisteter Beiträge ist vom Angestelltenversicherungsgesetz im § 209 geregelt. Nach § 209 Abs. 3 kann der Arbeitgeber die Beiträge nicht mehr zurückfordern, wenn, wie im vorliegenden Falle, seit der Entrichtung zwei Jahre verflossen sind. § 209 Abs. 3 enthält zweierlei, nämlich einmal die Bestimmung, daß der Anspruch bei Vermeidung des Verlustes innerhalb einer gesetzlichen Ausschlußfrist geltend gemacht werden muß, und sodann die weitere Bestimmung, wann diese Frist zu laufen beginnt. Indem das Angestelltenversicherungsgesetz für die Rückerstattung der irrtümlich geleisteten Beiträge seitens des Arbeitgebers mit klaren und unzweideutigen Worten den Tag der Entrichtung der Beiträge, nicht aber im bewußten Gegensatze zum § 228 den Ablauf des Kalenderjahres als Anfangstermin gesetzlich festlegt, läßt es für eine analoge Ausdehnung keinen Raum mehr. Analogie ist begrifflich die Ausdehnung des Gesetzes auf einen nicht darin enthaltenen Fall wegen Gleichheit des Grundes. Die Analogie dient also zur Ausfüllung von Lücken des Gesetzes, sie darf aber nicht zur Abänderung einer klaren Gesetzesbestimmung führen, die eine bestimmte Materie bereits erschöpfend geregelt hat.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Gebühr nach § 1803 RVO. im Falle der Zurückverweisung nach § 1690?

Eine Auskunft in ArbVers. 1917 Heft 15 S. 360 Ziff. 11 geht dahin, daß im Falle des § 1690, also wenn die Spruchkammer die angefochtene Entscheidung wegen eines wesentlichen Verfahrensmangels aufhebt und die Sache an die Vorinstanz zurückverweist, die Auferlegung einer Gebühr nach § 1803 ausgeschlossen ist. Im Heft 6 der Monatsschr. f. Arb. u. AngestVers. Sp. 516 vertritt Hanow die entgegengesetzte Auffassung mit folgender Begründung: „Nach § 103 legt das Oberversicherungsamt in Spruchsachen der Krankenversicherung dem unterliegenden Teile eine Gebühr auf; sie wird in der Entscheidung festgesetzt. Die Festsetzung muß auch erfolgen, wenn das Oberversicherungsamt unter Aufhebung der Entscheidung des Versicherungsamts die Sache an die Vorinstanz zurückverweist. Unterliegender Teil ist in solchem Falle der Berufungsbeklagte; der Berufungskläger hat mit seiner Berufung Erfolg gehabt."

Der letzte Halbsatz dieser Ausführung läßt den Irrtum, auf dem sie beruht, klar erkennen. Es ist schon zweifelhaft, ob man sagen kann, daß der Berufungskläger mit seiner Berufung „Erfolg" gehabt habe, wenn er doch zunächst nichts anderes erreicht hat, als die formelle Aufhebung der angefochtenen Entscheidung. Ein Versicherter, der mit seiner Klage auf Zahlung von 300 ℳ für eine kostspielige Kur und Krankengeld vom Versicherungsamt abgewiesen ist und Berufung eingelegt hat, wird es als den zweiten Mißerfolg in seinem Kampfe mit der Kasse empfinden, daß er das Kriegsziel — die 300 ℳ! — noch immer nicht erreicht hat, sondern infolge der Zurückverweisung der Sache den Kampf von neuem aufnehmen muß. Im umgekehrten Falle würde man allerdings eher von einem Erfolge des Berufungsklägers reden können, so z. B. wenn die Kasse zu laufenden Leistungen verurteilt war, die sie wegen der Vollstreckbarkeit der Entscheidung (§ 130 RVO.) einstweilen gewähren mußte, aber sofort einstellen kann, wenn die Entscheidung aufgehoben und die Sache an das Versicherungsamt zurückverwiesen ist. Nur ist dieser Erfolg so wenig, wie jener Mißerfolg, dasjenige, worauf es ankommt. Denn der § 1803 knüpft die Auferlegung einer Gebühr überhaupt nicht an einen beliebigen Erfolg oder Mißerfolg einer Partei, sondern nur an die Tatsache des Unterliegens in der Berufungsinstanz. „Unterliegender Teil" aber im Sinne des § 1803 ist der Gegner des obsiegenden Teils, also desjenigen, der als Kläger das streitige Recht durchsetzt oder als Beklagter die Abweisung des streitigen Anspruchs erwirkt. Der Gegner desjenigen, dessen Berufung keinen anderen „Erfolg" gehabt hat, als daß die Entscheidung der Vorinstanz aufgehoben ist und diese sich von neuem mit der Sache befassen muß, ist noch lange nicht der unterliegende Teil. Zu § 91 (früher § 87) der Zivilprozeßordnung, wonach die „unterliegende Partei" die Kosten zu tragen hat, hat das Reichsgericht (Entsch. in Zivils. 13 S. 413) bemerkt, daß diese Vorschrift nicht paßt in einem Falle, wo „noch kein Definitivurteil in der Sache selbst erlassen, also der Beklagte noch nicht unterliegende Partei war". Das steht genau im Einklange mit der von der ArbVers. erteilten Auskunft und entspricht doch wohl auch dem Zwecke des § 1803 RVO., der sicher nicht den Berufungsbeklagten schon wegen eines rein taktischen „Erfolges" der Berufung von höchst zweifelhaftem Endwerte, sondern nur denjenigen mit einem Teile der Kriegskosten belasten will, der im entscheidenden Endkampfe unterliegt. Wie unbillig und mit dem Zwecke des § 1803 unvereinbar die von Hanow befürwortete Anwendung dieser Vorschrift im Falle des § 1690 sein würde, ergibt folgende Erwägung: Hebt die Spruchkammer das angefochtene Urteil auf, weil das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet, so „kann" sie die Sache an die Vorinstanz zurückverweisen, d. h. die Kammer hat freies Ermessen, ob sie in der Sache selbst entscheiden oder sich mit der Aufhebung des Urteils begnügen und die Behebung des Mangels nebst der Entscheidung in der Sache selbst der Vorinstanz auftragen will. Daß der Verfahrensmangel auf einem Verschulden einer Partei beruhe, ist nicht Voraussetzung weder für die Aufhebung des angefochtenen Urteils, noch für die Zurückverweisung; diese kann namentlich auch dann erfolgen, wenn der Mangel auf einen Rechtsirrtum oder auf ein Versehen der entscheidenden Stelle (des Versicherungsamts) zurückzuführen ist. Müßte oder dürfte das Oberversicherungsamt nun im Falle der Zurückverweisung den § 1803 anwenden, so würde das unter Umständen bedeuten, daß der Berufungsbeklagte den Fehler der Behörde mit einer Gebühr bis zu 20 ℳ zu büßen hat, auch wenn er schließlich in der Sache selbst recht erhält. Ein völlig unannehmbares Ergebnis!

Geh. Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Festsetzung außergerichtlicher Kosten in der Vorentscheidung.

Die im Heft 13 ArbVers. 1917 S. 303 aufgeworfene Frage beantwortet sich nach § 35 der Kais. Verordg. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, der besagt, daß für die Kostenentscheidung die Vorschriften der RVO. (§§ 1670, 1673, 1674) auch außerhalb der darin vorgesehenen Fälle entsprechend anzuwenden sind. Der Kommentar zu den Kaiserlichen Verordnungen von Appelius-Düttmann, Seelmann bemerkt S. 23 Anm. 4 dazu: „Die §§ 1670, 1673, 1674 sind für das Spruchverfahren erlassen. Sie gelten auch für alle anderen Fälle, in denen das Versicherungsamt zu entscheiden hat." Die Vorentscheidung nach § 1657 ist aber auch eine Entscheidung des Versicherungsamts, wenngleich sie nur durch den Vorsitzenden gefällt wird; auch steht § 1657 im Abschnitt „Spruchverfahren". Folglich findet § 1670 auch auf die Vorentscheidung Anwendung, d. h. diese darf außergerichtliche Kosten festsetzen. Der von Baum angeführte Grund, daß andernfalls, wenn die Vorentscheidung rechtskräftig wird, der Kostenpunkt unter den Tisch fallen würde, ist zutreffend und wohl auch der Anlaß zu § 35 der Verordnung gewesen. Gemäß § 1679 gilt § 1657 in Verbindung mit § 1670 auch für das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt in gleicher Weise.

Landesrat Appelius in Düsseldorf.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für das Jahr 1916.

(Schluß)

B. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

1. Verwaltung.

Bis zum 31. Dezember 1916 wurden zusammen 3 830 885 Renten festgesetzt, davon im Jahre 1916 von allen Versicherungsträgern 107 808 Invalidenrenten, 83 399 Krankenrenten, 96 705 Altersrenten, 13 259 Witwenrenten, 986 Witwenkrankenrenten, 112 671 Waisenrenten für Waisenstämme, 57 Zusatzrenten. Alle Rentenbewilligungen haben gegenüber dem Vorjahr zugenommen; die Krankenrenten um rund 66 000, die Altersrenten um rund 85 000. Es liefen am 1. Januar 1917 überhaupt 1 578 856 Renten und zwar 1 030 959 Invalidenrenten, 64 858 Krankenrenten, 166 416 Altersrenten, 41 835 Witwenrenten, 1616 Witwenkrankenrenten, 273 077 Waisenrenten für Waisenstämme und 95 Zusatzrenten. Die Zahl der laufenden Kranken- wie auch Altersrenten hat sich gegenüber dem Vorjahr rund verdoppelt. An einmaligen Leistungen wurden 1916 festgesetzt 36 847 Witwengelder und 2289 Waisenaussteuern. Die Leistungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung beliefen sich im Jahre 1915 auf 252 884 294 Mark. Insgesamt sind bis Ende 1915 an Entschädigungen 3 182 712 047 ℳ gezahlt worden. Von den Leistungen im Jahre 1915 entfallen 183 Mill. ℳ auf die Versicherungsträger und 69 Mill. ℳ auf das Reich.

Die Einnahme aus Beiträgen betrug im Jahre 1916 bei den 31 Versicherungsanstalten 202 456 464 ℳ gegen 203 558 040 ℳ im Jahre 1915. Das Vermögen der Versicherungsträger hat im Kriegsjahr 1915 noch um mehr als 100 Mill. ℳ zugenommen und betrug Ende des genannten Jahres 2 354 539 657 ℳ. Im Jahre 1916 hat es trotz Rückganges der Einnahmen und Steigerung der Ausgaben eine weitere Erhöhung erfahren. Angelegt waren 44 v. H. in Wertpapieren, 51 v. H. in Darlehen und 4 v. H. in Grundstücken und beweglichen Einrichtungen. Das „Gemeinvermögen" der Versicherungsträger (§ 1396 RVO.) hatte im Jahre 1915 die Höhe von 229 172 257 ℳ erreicht.

Das Reichsversicherungsamt hat seit Kriegsbeginn wiederholt auf eine Verminderung der Geschäftslast der Versicherungsträger hingewirkt. Eine sachliche Beantwortung der zahlreich eingegangenen Anfragen über Angelegenheiten der Versicherung unterblieb meist im Hinblick auf § 37 Abs. 1 RVO. Insbesondere mußte die häufig erbetene Auskunft über Versicherungspflicht und Befreiung von dieser abgelehnt werden. Die Gesuche außerhalb des Rechtsmittelzuges betrugen allein in Rentensachen 1095.

Die Heilbehandlungen sind infolge des Krieges stark zurückgegangen. Durch erweiterte Inanspruchnahme der Tuberkulosefürsorgestellen, Walderholungsstätten und ähnlicher Einrichtungen wurde dafür gesorgt, daß der Kampf gegen die Tuberkulose aufrecht erhalten blieb. Im Jahre 1915 wurden 79 475 Versicherte (1914: 139 098) mit einem Gesamtkostenaufwand von 17 974 552 ℳ behandelt. In „ständiger" Heilbehandlung wurden 27 033 Lungen- oder Kehlkopftuberkulöse mit 11 705 301 ℳ behandelt. Nichtständig sind 33 422 Personen behandelt worden, darunter 31 821 wegen Zahnkrankheiten. Von dem angegebenen Gesamtkostenaufwand von rund 18 Mill. ℳ sind 4 143 429 ℳ durch andere Versicherungsträger, Gemeinden usw. erstattet worden. Seit 1897 sind 1 364 599 Versicherte, darunter 548 130 Lungenkranke, mit einem Kostenaufwand von 318 Mill. ℳ in Heilbehandlung genommen worden.

Zur Verhütung vorzeitiger Invalidität oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung sind im Jahre 1915 im ganzen 21 644 102 ℳ ausgegeben worden, wovon 20 221 304 ℳ im Zusammenhang mit dem Kriege stehen. Unter letzteren befinden sich das Zentralkomitee der Roten-Kreuz-Vereine mit 204 797 ℳ, Liebesgaben für das Feldheer 1 934 351 ℳ, Unterstützungen an Gemeinden und Kreise 2 931 123 ℳ, Unterstützungen an Vereine und Einrichtungen der Kriegswohlfahrtspflege 1 886 569 ℳ, Ehrengabe an Hinterbliebene von Kriegsteilnehmern 4 124 722 ℳ, Bereitstellung von Heilstätten 4 578 542 ℳ, Kriegsbeschädigtenfürsorge 953 945 ℳ, Förderung der Kriegsversicherung 873 578 ℳ usw. Im Jahre 1916 sind nach vorläufiger Zusammenstellung für Kriegszwecke 18 120 357 Mark aufgewendet worden. Zur Unterstützung des Baues von privaten Lungenheilstätten haben die Versicherungsträger bis Ende 1915 Darlehen in Höhe von 17,3 Mill. ℳ gewährt.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat erfreuliche Fortschritte gemacht. Ende 1916 waren bereits 52 der neuen „Beratungsstellen" in Tätigkeit. Weitere 27 sind in den ersten Monaten des Jahres 1917 errichtet worden. Die Sonderanstalten werden sich meist den von den Versicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen anschließen. Gemeldet wurden den Versicherungsanstalten von militärischer Seite bis Ende 1916 mit Einwilligung der Beteiligten 444 Geschlechtskranke ehemaliger Kriegsteilnehmer. Am 5. Januar 1916 fand im Reichsversicherungsamt auf Einladung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine weitere Besprechung mit Vertretern von Krankenkassen und Angestelltenverbänden statt. Die hierbei hervorgetretenen Anregungen sind an die Bundesregierungen weitergegeben worden, die ihrerseits entsprechende Anweisungen an die nachgeordneten Stellen haben ergehen lassen. Im Laufe des Berichtsjahres haben über 600 Krankenkassen die Mitgliedschaft bei der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erworben. Um der Frauenwelt Gelegenheit zu geben, sich mit der Frage vertraut zu machen, fand am 24. Februar 1916 eine Versammlung im Reichsversicherungsamt statt, zu der etwa 30 Frauen- und ähnliche Vereine eingeladen waren. In einem Runderlasse vom 23. März 1916 wurde den Versicherungsanstalten nahegelegt, an die Beratungsstellen Beiräte anzugliedern, bestehend aus Vertretern der Krankenkassen, Ärzteschaft, Geistlichkeit, Arbeiter- und Angestelltenverbände und der Frauenwelt. Mit der Angelegenheit beschäftigte sich auch eine Konferenz der Bezirkspräsides der katholischen Arbeitervereine und die Kriegstagung der Freien kirchlich-sozialen Konferenz. Die innere Einrichtung der Beratungsstellen wurde in zwei Konferenzen mit den Vorständen der Versicherungsanstalten besprochen; dabei wurden „Gesichtspunkte bei der Einrichtung von Beratungsstellen" festgelegt. Die Vollversammlung der Versicherungsanstalten in Leipzig am

Digitized by Google

10. und 11. April 1916 nahm ein Abkommen über die Beteiligung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte an den neuen Maßnahmen an. Der lebhafte Anteil, den die Krankenkassen an der neuen Einrichtung nehmen, kam fast in jeder Versammlung von Krankenkassenvertretern zum Ausdruck, die im Laufe des Jahres stattgefunden haben.

Die Förderung des Wohnungswesens durch die Versicherungsanstalten geschah bisher nur im Wege des § 1356 RVO. durch Darlehen zu niedrigem Zinsfuß oder Beteiligung an Siedlungsgesellschaften. Neuerdings hat das Reichsversicherungsamt zugunsten der Wohnungsfürsorge auch Aufwendungen aus § 1274 RVO., also Kapitalbeihilfen ohne Anspruch auf Rückgewähr, für zulässig erklärt. Hiervon ist jedoch nur vorsichtig und in mäßigem Umfange Gebrauch zu machen.

Zur Überwachung der Beitragsleistung sind jetzt insgesamt 472 Überwachungsbeamte tätig. Im Aufsichtsbezirke des Reichsversicherungsamtes sind rund 2,08 (gegen 3,33) Millionen Versicherte überwacht und an rückständigen Beiträgen im Jahre 1915 etwa 1 221 646 ℳ ermittelt und eingezogen worden. Dazu tritt der Mehrbetrag, der durch Nachverwendung höherer statt der ursprünglich verwendeten zu niedrigen Marken erzielt wurde. Weiter wurden im Jahre 1915 von den Überwachungsbeamten 18 774 Personen neu zur Versicherung angehalten. Einige Landesversicherungsanstalten können den neuen Entwurf der Überwachungsvorschriften erst nach Beendigung des Krieges einführen.

Zur Anlegung von Geldern unter Überschreitung der Grenze der Mündelsicherheit ist gemäß § 1356 Abs. 2 RVO. die Genehmigung für Beträge in Gesamthöhe von 8 802 265 ℳ erteilt worden. Hiervon waren 6 540 950 ℳ Darlehen für gemeinnützige Zwecke und 2 261 315 ℳ für eigene Anstalten der Versicherungsträger. Aus der für 1916 aufgestellten Nachweisung der Hergabe von Geldern zu gemeinnützigen Zwecken sei erwähnt, daß bis Ende 1916 verwendet worden sind durch darlehnsweise Hingabe zum Baue von Arbeiterfamilienwohnungen 538 381 977 ℳ, zum Bau von Ledigenheimen (Herbergen usw.) 28 232 720 ℳ, zur Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses 134 650 452 ℳ, für den Bau von Kranken- und Genesungshäusern, Volksheilstätten usw. 151 576 157 Mark, zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere zum Bau von Volksbädern, Schlachthäusern usw. 201 128 933 ℳ, für Erziehung und Unterricht, Hebung der Volksbildung 99 855 825 Mark, für sonstige Wohlfahrtszwecke 189 051 772 ℳ. Für eigene Anstalten (Heilstätten usw.) wurden aufgewendet 91 975 096 ℳ. Der Gesamtbetrag bis Ende 1916 ist 1 434 852 932 ℳ. In einer Anzahl von Fällen erteilte das Reichsversicherungsamt die Genehmigung zur Gewährung von Darlehen im Erbbaurecht. Die Ansiedlung von Kriegsteilnehmer soll nicht von den Versicherungsanstalten durchgeführt werden, sondern durch Siedlungsgesellschaften, an denen sich die Versicherungsanstalten beteiligen können. Die Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien der unbemittelten Bevölkerung soll im Rahmen des § 1274 RVO., also mit freiwilligen Beihilfen durchgeführt werden.

Die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamtes, deren Hauptaufgaben die Berechnung der Kapitalwerte der Renten ist, hatte im Berichtsjahr 395 906 eingesandte Zählkarten zu bearbeiten. Sodann wurden die den Postanstalten zu zahlenden Vorschüsse berechnet, eine Reihe Übersichten aufgestellt usw.

2. Rechtsprechung.

Aus den Beschlußsachen sind 23 neue Anträge auf Entscheidung gemäß § 1459 Abs. 2 RVO. (Versicherungspflicht) zu erwähnen. Beschwerden über Bestrafungen der Arbeitgeber und Versicherten auf Grund der §§ 1466, 1467 (Überwachung der Beitragsleistung) gelangen nach § 1500 RVO. an das Reichsversicherungsamt nur dann, wenn es sich um eine noch nicht festgelegte Auslegung von Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Im Berichtsjahr war eine derartige Strafsache zu entscheiden. Gegen Entscheidungen der Oberversicherungsämter in erster Instanz (§ 1793 RVO.) sind mehrfach Beschwerden eingelegt worden. Dabei handelte es sich durchweg um Festsetzung des Pauschbetrags, den die Versicherungsträger gemäß § 80 Abs. 2 RVO. für jede Spruchsache zu tragen haben. Der Beschlußsenat hielt 15 Sitzungen ab, in denen 113 Streitsachen verhandelt wurden. Davon betrafen 109 die Krankenversicherung.

Im Spruchverfahren waren 2026 Revisionen in Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenrentensachen zu erledigen, das sind gegenüber dem Vorjahre 2,43 v. H. mehr. Für die Revisionen aus Bayern, Sachsen und Baden sind deren Landesversicherungsämter zuständig. Die Landesversicherungsanstalt Schlesien steht mit 552 Revisionen an erster Stelle. Der Anteil der Altersrentensachen beträgt nur 2 81 v. H., derjenige in Hinterbliebenenrentensachen 17,77 v. H. Die Rentenentziehungssachen (§ 1304 RVO.) sind von 234 im Jahre 1915 auf 102 im Jahre 1916 zurückgegangen. Im Jahre der Revisionseinlegung wurden 1078 Sachen erledigt. Unerledigt sind 963 in das Jahr 1917 übernommen worden, darunter 7 aus dem Jahre 1915 und 8 aus dem Jahre 1914. Von den durch Urteil erledigten Revisionen betrafen die Frage ob Invalidität vorliegt, 1076, Erfüllung der Wartezeit 218, Erlöschen der Anwartschaft 205, Veränderung im Sinne des § 1304 RVO. 102. Bei den Revisionsgründen handelte es sich in der großen Mehrzahl der Fälle um „Nichtanwendung des bestehenden Rechts". Revisionen über Erstattungs- und Ersatzansprüche wurden 25 eingelegt. Der Revisionssenat hielt 171 Sitzungen ab, in denen über 2204 Sachen verhandelt wurde. Der große Senat hielt eine Sitzung ab. Von den Versicherungsanstalten und Sonderanstalten sind 550 898 berufungsfähige Bescheide erteilt worden. Gegenüber dem Vorjahre vermehrten sich die Bescheide in Invalidenrentensachen von 139 729 auf 222 913, in Altersrentensachen von 12 792 auf 103 336. In Hinterbliebenenrentensachen verminderten sie sich von 203 762 auf 178 796. Seit 1916 werden aber die Anwartsbescheide (§ 1743 RVO.) besonders gezählt; unter Hinzurechnung dieser (mit 45 853) haben auch die berufungsfähigen Bescheide in Hinterbliebenensachen eine Zunahme um 10,3 v. H. erfahren. Von den Festsetzungsbescheiden in Invalidenrentensachen ergingen 56,4 v. H. für dauernde und 43,6 v. H. für vorübergehende Invalidität. Letztere haben gewaltig zugenommen.

C. Krankenversicherung.

1. Verwaltung.

Mitglieder des Amtes nahmen an mehreren Tagungen der Kassenverbände teil. Wiederholt ist vor der Entscheidung zweifelhafter Rechtsfragen die Ansicht der Kassenverbände eingeholt worden. Auch wichtige Streitfragen auf dem Gebiete der Kriegs-

Digitized by Google

verordnungen wurden behandelt. Zahlreiche eingegangene Anfragen betrafen die Versicherungspflicht, besonders die der im Inland beschäftigten Ausländer und der im besetzten Gebiet beschäftigten Deutschen. Im übrigen nimmt die eigentliche Verwaltungstätigkeit des Reichsversicherungsamts in der Krankenversicherung keinen so breiten Raum ein wie in den übrigen Versicherungszweigen, weil das Amt in der Krankenversicherung keine unmittelbaren Aufsichtsbefugnisse gegenüber den Versicherungsträgern hat, sondern in Aufsichtssachen nur als weitere Beschwerdeinstanz entscheidet.

2. Rechtsprechung.

Der Beschlußsenat verhandelte in 15 Sitzungen 109 Sachen. Weitere 13 Fälle erledigten sich durch Zurückweisung durch den Vorsitzenden, Zurücknahmen usw. In 42 Fällen hatte das Reichsversicherungsamt nach § 1640 RVO. das zuständige Versicherungsamt zu bestimmen. Hierbei hat es ausgesprochen, daß ein nach § 1637 RVO. zuständiges Versicherungsamt nicht dadurch unzuständig wird, daß der die Zuständigkeit zur Zeit der Antragstellung begründende Wohnort in eine einem anderen Bezirk zugehörende Gemeinde einverleibt wird. Außerdem ergingen noch weitere 7 Entscheidungen im Beschlußverfahren namentlich über Kosten und Gebühren.

Für das Spruchverfahren gingen 276 Revisionen in Leistungsansprüchen ein (gegen 311 im Jahre 1915). Das Rechtsmittel wurde eingelegt in 189 Fällen von Versicherten, 84 Fällen von Krankenkassen und 3 Fällen von Gemeinden. Mit den aus dem Vorjahre übernommenen waren 372 Revisionen zu erledigen, von denen 244 durch Urteil erledigt wurden, und zwar wurden 145 zurückgewiesen, 53 anerkannt, 46 an die Vorinstanz gegeben. Durch Verfügung, Zurücknahme usw. erledigten sich 59. Unerledigt blieben 69. Erstattungs- und Ersatzansprüche (§ 1778 Abs. 2 RVO.) betrafen weitere 116 Revisionen. Sie wurden eingelegt in 51 Fällen von Krankenkassen, 28 Fällen von Gemeinden oder Armenverbänden, 20 Fällen von Versicherungsanstalten, 12 Fällen von Berufsgenossenschaften. Durch Urteil wurden 108 Sachen erledigt, wobei 59 Revisionen zurückgewiesen wurden. 33 Sachen wurden an die Vorinstanz zurückgegeben, 16 waren erfolgreich.

Schon dieser Überblick zeigt, daß der Bericht wiederum eine Fülle wichtiger sozialpolitischer Mitteilungen enthält.

Stillgeld für Rechnung von Gemeinden.

Es ist zu wünschen, daß die Erkenntnis der Wichtigkeit des Selbststillens durch die Mutter mehr und mehr auch die Gemeinden zur Betätigung einer Fürsorge in dieser Richtung anregt, wie dies schon hier und da der Fall ist. So z. B. gewährt die Stadtgemeinde Waldenburg in Schlesien Stillgeld nach folgenden Bestimmungen:

1. Mütter, denen nach den Bestimmungen über die Reichswochenhilfe aus Mitteln des Reichs oder nach den Satzungen von Krankenkassen aus deren Mitteln Anspruch auf Stillgeld zusteht, erhalten, sobald der Anspruch auf das Reichsstillgeld oder das Krankenkassenstillgeld fortgefallen ist, so lange sie stillen, ein städtisches Stillgeld von 30 ₰ täglich bis zum Ablauf des sechsten Monats nach der Geburt des Kindes.

2. Alle übrigen Mütter erhalten, solange sie stillen, längstens jedoch bis zum Ablauf des sechsten Monats nach der Geburt des Kindes das gleiche städtische Stillgeld von 30 ₰ täglich, falls bei ihnen Bedürftigkeit vorliegt. Bedürftigkeit wird in der Regel, d. h. wenn nicht besondere, die Bedürftigkeit ausschließende Umstände obwalten, stets als vorliegend angenommen, wenn der Ernährer des Kindes, bei unehelichen Kindern also die Mutter, zu keinem höheren Staats-Einkommensteuersatz als 36 ℳ jährlich veranlagt ist.

3. Die Zahlung des Stillgeldes erfolgt für Rechnung der Stadt durch die Säuglingsfürsorgestelle, der das Kind wöchentlich einmal vorzustellen und der Nachweis zu erbringen ist, daß das Kind gestillt wird.

4. Mütter, welche ihre Kinder aus triftigen Gründen überhaupt nicht stillen können oder aus triftigen Gründen mit dem Stillen aufhören müssen, können im Falle und für die Dauer der Bedürftigkeit, die hier jedoch in jedem Falle unabhängig von der Höhe des Staats-Einkommensteuersatzes besonders zu prüfen ist, durch die Säuglingsfürsorgestelle für Rechnung der Stadt Kindernahrung erhalten. Anträge sind bei der Säuglingsfürsorgestelle anzubringen und werden von dieser dem Magistrat zur Entscheidung vorgelegt.

5. Vorstehend bezeichnete Leistungen gelten nicht als Armenunterstützungen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Rechtsstellung der von der Gemeindeaufsichtsbehörde nach § 404 Abs. 4 RVO. bestellten Vollstreckungsbeamten.

1. Nach Fr. Frage: Die Geschäftsführer der hiesigen Orts- und Landkrankenkasse sind von dem Königl. Landrat auf Grund des § 404 RVO. zu Vollstreckungsbeamten ernannt worden. Sie bilden nunmehr für den Umfang ihrer Kasse an Stelle der Gemeindebehörde die zur Anordnung und Leitung des Zwangsverfahrens zuständige Vollstreckungsbehörde im Sinne des § 4 der Verordnung betr. das Verwaltungszwangsverfahren zur Beitreibung von Geld-

Digitized by Google

beträgen vom 15. November 1899 (GS. S. 545). Es bestehen Zweifel darüber, wie das in der Verordnung mehrfach erwähnte Amtssiegel der Vollstreckungsbehörde beschaffen sein muß, insbesondere ob wir berechtigt sind, ein solches mit dem preußischen Adler und der Umschrift „Vollstreckungsbehörde der Landkrankenkasse . . ." zu führen. Ferner, ob die Vollstreckungsbeamten berechtigt sind, auch andere außerhalb ihres Geschäftskreises liegende Beglaubigungen von Invalidenrentenquittungen und ähnlichen in gleichem Umfange wie die Polizeibehörden oder sonstige zur Führung eines öffentlichen Siegels berechtigte Personen vorzunehmen? Endlich bitten wir noch um eine Erläuterung des Begriffs bzw. des Unterschieds zwischen „Öffentliche Behörde" und den „Körperschaften öffentlichen Rechts". Sind die Vollstreckungsbeamten öffentliche Behörden?

Antwort: Die letzte Frage ist zu verneinen. Die Geschäftsführer sind, ungeachtet der ihnen verliehenen Beamteneigenschaft, Hilfsorgane des zur Verwaltung der Krankenkasse berufenen Vorstandes. Die Krankenkasse aber ist eine körperschaftliche Personenvereinigung, deren sich der Staat zur Wahrnehmung gewisser öffentlicher Interessen bedient und die deshalb auch einer staatlichen Aufsicht untersteht. Dies macht im wesentlichen den Begriff der öffentlichen Körperschaft aus. Im Gegensatz dazu ist eine öffentliche Behörde eine vom Staate selbst oder von einem ihm eingegliederten Kommunalverbande zur Erfüllung von Aufgaben der eigentlichen Staats- oder Kommunalverwaltung geschaffene Einrichtung. Weder die Krankenkasse noch ihr Vorstand oder die mit Beamteneigenschaft ausgestatteten Hilfspersonen des Vorstandes stellen hiernach eine öffentliche Behörde dar. Das schließt nicht aus, daß der Vorstand für den schriftlichen Dienstverkehr ein Siegel mit der Aufschrift der Krankenkasse führt, wie dies z. B. im letzten Absatz des § 21 der Mustersatzung für gewerbliche Berufsgenossenschaften vorgesehen ist; aber die Aufnahme eines Königlichen Wappenzeichens ist dem Vorstande nicht gestattet (zu vgl. hinsichtlich der Berufsgenossenschaften: Handb. der UnfVers. Bd. 3 S. 407 unten). Für die Zwecke der Vollstreckungsbeamten könnte ein besonderes Siegel, gleichfalls ohne Wappenzeichen, gebraucht werden, etwa mit der Aufschrift „Landkrankenkasse . . .: der Vollstreckungsbeamte". Ein „öffentliches" Siegel ist auch dieses nicht. Zu Beglaubigungen im Sinne des § 1381 RVO. oder ähnlichen Vorschriften sind daher die Vollstreckungsbeamten nicht befugt.

Streit über das Versicherungsverhältnis im Rahmen des Spruchverfahrens über Kassenleistungen. — Aussetzung?

2. Nach Döbeln. Frage: Gegen die Auskunft im Heft 13 S. 311 Ziff. 6, insoweit sie Aussetzung des Spruchverfahrens bis zur Entscheidung im Beschlußverfahren nach § 405 empfiehlt, dürften Bedenken entstehen mit Rücksicht auf die grundsätzl. Entsch. des RVA. 1980 und 2018 Amtl. Nachr. 1915 S. 385 und 511, ArbVers. 1915 S. 566. Allerdings ist zweifelhaft, ob dem Kläger, wenn eine andere Kasse als leistungspflichtig erachtet wird, von Amts wegen anzuraten ist, den Anspruch gegen diese geltend zu machen. Oder kann der Kläger den Anspruch auch gegen diese andere Kasse anhängig machen und beantragen, das Verfahren bis zur Entscheidung über die Klage gegen die erste Kasse ruhen zu lassen? Hat das überhaupt der Kläger zu beantragen oder muß die Spruchinstanz die erforderliche Prüfung vornehmen?

Antwort: Der Hinweis auf die angeführten Entscheidungen trifft zu. Das RVA. hat in der Tat angenommen, daß, sobald ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung erhoben ist, für ein Verfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. kein Raum mehr ist, und daß das Spruchverfahren nicht bis zur Erledigung des Beschlußverfahrens ausgesetzt werden darf. Aber das starre Festhalten an diesem Grundsatze erscheint uns weder geboten noch in dem in der Auskunft behandelten Falle gerechtfertigt. Soweit nicht besondere Vorschriften entgegenstehen, können, zur Ausfüllung von Lücken im Versicherungsstreitverfahren, Vorschriften der Zivilprozeßordnung ergänzend zur entsprechenden Anwendung herangezogen werden. Dies haben wir im Jahrg. 1915 S. 48 Ziff. 17 näher ausgeführt gerade mit Bezug auf die Aussetzung eines Spruchverfahrens in entsprechender Anwendung des § 148 ZPO., wonach das Gericht (von Amts wegen oder auf Antrag) die Entscheidung eines Rechtsstreits aussetzen kann, wenn sie vom Bestehen eines Rechtsverhältnisses abhängt, über das in einem anderen Verfahren zu entscheiden ist. Wir können nicht finden, daß dies in einem Falle der vorliegenden Art ausgeschlossen sein soll. Im Gegenteil: der § 405 Abs. 3 Satz 1, wonach endgültige Entscheidungen über das Versicherungsverhältnis für alle Behörden und Gerichte bindend sind, „will klare Verhältnisse schaffen und widerstreitenden Entscheidungen vorbeugen" (Begr. S. 297). Müßte der Kläger im Spruchverfahren erst die eine Kasse und im Falle der Abweisung die andere Kasse in Anspruch nehmen, so wäre, wenn er auch hier abgewiesen würde, der Zweck des § 405 Abs. 3 Satz 1, widerstreitende Entscheidungen zu vermeiden, vereitelt. Durch Aussetzung des einen Spruchverfahrens bis zur Entscheidung in dem anderen Spruchverfahren wäre dem nicht abgeholfen, da in keinem der beiden Verfahren eine für das andere bindende Entscheidung ergeht. Eine solche kann nur im Beschlußverfahren nach § 405 erwirkt werden, und deshalb erscheint es geboten, in Fällen der fraglichen Art das Spruchverfahren von Amts wegen oder auf Antrag bis zur Entscheidung nach § 405 auszusetzen.

a) Geringes Taschengeld nicht als Entgelt anzusehen. b) Keine Versicherungspflicht, wenn es nicht zu einer Beschäftigung gekommen ist. c) Leistungspflicht der Kasse wegen einer schon beim Beginn der Beschäftigung bestehenden Krankheit. d) Winzer als unständig Beschäftigte.

3. Nach St. Goar. Antwort: a) Wenn es richtig ist, daß dem zu seiner Ausbildung im Bureaudienst der Gemeinde beschäftigten jungen Mann die 10 ℳ monatlich nur „unverbindlich als Taschengeld" gezahlt wurden, so wird man diesen geringen Betrag nicht als Entgelt, sondern als eine freiwillige Leistung zum Zwecke der Aufmunterung anzusehen haben — ähnlich, wie dies bei Lehrlingen wiederholt angenommen worden ist (zu vgl. Hahn, Anm. 24 c zu § 165 RVO.). Danach wäre die Versicherungspflicht zu verneinen.

b) Da das Dienstmädchen am Dienstorte krank angekommen und nach Vereinbarung mit dem Arbeitgeber wieder abgereist ist, ohne überhaupt tätig geworden zu sein, so ist ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 165 RVO. überhaupt nicht wirksam, das Mädchen also nicht Mitglied der Krankenkasse geworden. Diese ist daher auch nicht leistungspflichtig.

c) In dem Falle des Holzarbeiters dagegen ist durch die einige Tage hindurch ausgeübte Beschäfti-

Digitized by Google

gung die Pflichtmitgliedschaft bei der Kasse begründet worden. Die Kasse hat daher die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren, auch wenn die Krankheit — mindestens ihrem medizinischen Grunde nach — schon beim Eintritt in die Beschäftigung bestanden hat (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1913 S. 841 ff.).

d) Hinsichtlich der Winzer verweisen wir zunächst auf unsere Auskunft im Heft 14 S. 335 Ziff. 7. Soweit ein Winzer hiernach überhaupt als unselbständiger Arbeiter anzusehen ist, hat er gleich anderen Arbeitern als unständig Beschäftigter zu gelten, wenn er bald hier, bald dort Arbeiten übernimmt, die je auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegen oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt sind (§ 441 RVO.).

Rechtslage, wenn sowohl Krankenkasse wie Armenverband Gewährung von Krankenhauspflege ablehnen.

4. Nach Oberneukirch. Antwort: Die Entscheidung des RVA. 2260 (ArbVers. 1916 S. 753) schließt es schlechthin aus, daß die Kasse im Einzelfalle zur Gewährung von Krankenpflege angehalten werden könne, sei es im Spruchverfahren, sei es (im Hinblick auf § 184 Abs. 4 RVO.) im Aufsichtswege. Daran kann sich auch dadurch nichts ändern, daß der Armenverband, der nunmehr für den hilfsbedürftigen Versicherten einzutreten hätte, sich gleichfalls ablehnend verhält. Die Krankenkasse hat hiergegen kein eigentliches Beschwerderecht. Sie könnte nur den Fall zur Kenntnis der vorgesetzten Behörde des Armenverbandes bringen, damit dieser von Amts wegen auf den Armenverband einwirke. Das wäre freilich ein umständlicher und nicht immer aussichtsvoller Weg der Abhilfe. Zieht die Kasse statt dessen vor, nun doch für die Unterbringung des Kranken im Krankenhause zu sorgen, so muß sie auch die vollen Kosten tragen. Denn sie erfüllt durch diese Maßnahme im Grunde doch nur ihre eigene Pflicht zur Gewährung der Krankenhilfe nach §§ 182, 184 Abs. 4 RVO., wenngleich diese Pflicht keine erzwingbare war; der Beweggrund, aus dem die Kasse sich gleichwohl zur Leistung der Krankenhilfe in dieser Form entschlossen hat, ist rechtlich ohne Belang. Die Kasse würde daher mit einem Anspruch auf Ersatz der Mehrkosten, die sie über die gegebenenfalls dem Armenverbande zu erstattenden $^7/_8$ des Grundlohns hinaus aufwenden mußte, kaum Glück haben.

Anspruch auf Krankengeld bei Lazarettbehandlung.

5. Nach Preuß.-Oldendorf. Antwort: Die Behandlung im Lazarett an sich bedingt nicht den Anspruch auf Krankengeld, sondern die Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte muß also infolge der Krankheit schlechtweg außerstande sein zu arbeiten oder dies nur unter Verschlimmerung seines Leidens tun können oder die nach der Lage des Krankheitsfalles erforderliche Krankenpflege muß jede Arbeit ausschließen. Wenn der ins Lazarett Aufgenommene hiernach noch arbeitsfähig sein sollte, und nur die im Interesse der Disziplin oder aus sonstigen Gründen angeordnete Aufnahme ins Lazarett ihn tatsächlich an der Arbeit verhindert, so erhält er kein Krankengeld (vgl. ArbVers. S. 48). Arbeitsunfähigkeit besteht aber, wenn der Versicherte infolge der Krankheit nicht imstande ist, seine bisherige Erwerbstätigkeit auszuüben (Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 6a zu § 182). Sie wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Versicherte während eines Urlaubs leichtere häusliche Arbeiten verrichtet. Zweckmäßigerweise wird die Kasse von dem Lazarettarzt eine nähere Begründung der Arbeitsunfähigkeit einfordern.

Neuer Versicherungsfall bei fortdauerndem Grundleiden.

6. Nach Bous. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse war vom 24. Mai 1916 bis 18. November 1916 an Lungentuberkulose erkrankt und dieserhalb vom 27. September bis 10. November 1916 auf unsere Kosten in einer Lungenheilstätte untergebracht. Am 20. November hat es versuchsweise die Arbeit aufgenommen und ist seit 23. April 1917 wegen Schwellung des Mittelfingers der rechten Hand, welche die Amputation des Fingers zur Folge und tuberkulosen Ursprung hat, erneut krank. Ist die Behandlung als Fortsetzung der ersten Erkrankung zu betrachten oder ist die Kasse zur vollen statutarischen Leistung für 26 Wochen verpflichtet?

Antwort: Es handelt sich im Grunde um eine vom Arzt zu beurteilende Frage. Wenn aber der Versicherte, wie nach Ihren Angaben wohl anzunehmen ist, fünf Monate hindurch nicht nur seiner Berufsarbeit nachgehen konnte, sondern auch eines Aktes der Krankenpflege (ärztlicher Behandlung oder der Anwendung von Heilmitteln) nicht bedurfte, so liegt trotz des einheitlichen Grundleidens, im Sinne der Krankenversicherung ein „neuer" Versicherungsfall vor, wegen dessen dem Versicherten die vollen satzungsmäßigen Leistungen von neuem gebühren (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 182 RVO.).

Ansprüche versicherungsfreier Beamten im Krankheitsfalle.

7. Nach Rotthausen. Antwort: Versicherungsfrei sind gemäß § 169 RVO. Gemeindebeamte, wenn ihnen im Krankheitsfalle Gehalt oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes zustehen. Hierbei wird das Gehalt mit angerechnet, und zwar gleichviel, ob der Beamte arbeitsfähig ist oder nicht und infolgedessen weiter Dienste leistet oder nicht; die Arbeitsunfähigkeit erhöht also die Bezüge nicht und die Ansicht, daß bei tatsächlicher Weiterleistung der Dienste neben dem Gehalte noch eine Entschädigung für die Krankenpflege im Betrage des anderthalbfachen Krankengeldes gezahlt werden müsse, ist irrig. Hiernach können sich in der Tat die versicherungsfreien Beamten schlechter stehen als Versicherte, insofern sie trotz Krankheit keine höheren Bezüge haben und doch die vollen Dienste leisten müssen. Andererseits erhalten sie bei Arbeitsunfähigkeit außer dem Betrag des Krankengeldes noch den halben, mag dieser auch höher sein, als die Kosten für Arzt und Medizin. Über die Ansprüche des versicherungsfreien Beamten gegen seine Gemeinde entscheidet nicht das Versicherungsamt, sondern das ordentliche Gericht. Auch hat die Kasse nicht die Verpflichtung — wie z. B. im Falle des § 418 RVO. — dem Beamten die Krankenhilfe zu gewähren, wenn die Gemeinde ihm nicht den ihm im Krankheitsfalle zustehenden Betrag zahlt, es kommt daher auch kein Ersatzanspruch der Kasse gegen die Gemeinde in Frage.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1177 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. Juli 1917 | Heft 19

Die Entwertung des Geldes und die Grundlöhne in der Krankenversicherung.

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Zu den gegenwärtig besonders hervortretenden wirtschaftlichen Kriegswirkungen gehört die ganz erheblich herabgesunkene Kaufkraft des Geldes. Kaum irgendeine Ware, irgendeine Verrichtung, die nicht ganz gewaltig „teurer" geworden ist. Wird doch behauptet und durch Statistiken bewiesen, daß die Kosten des Lebensunterhaltes gegenüber der Friedenszeit fast auf den doppelten Betrag gestiegen sind. Die gegen Gehalt oder Lohn in abhängiger Stellung befindlichen Personen waren gezwungen, durch Erwirkung von Teuerungszulagen eine Erhöhung ihres Arbeitsverdienstes herbeizuführen. Dieses Streben wurde begünstigt durch einen weitgehenden Mangel an Arbeitskräften, namentlich an gelernten Facharbeitern. So kommt es, daß eine fast allgemeine Steigerung der Gehälter und Löhne eingetreten ist. Nebenbei sei aber bemerkt, daß sie oft übertrieben dargestellt wird und daß sie mit der Steigerung der Preise für alle Dinge des täglichen Lebens nicht gleichen Schritt gehalten hat.

Diese einschneidende wirtschaftliche Veränderung muß auch bei der Durchführung der Krankenversicherung beachtet werden. Insbesondere bei dem Verfahren zur Bemessung der Versicherungsbeiträge und der Barleistungen, wie des Krankengeldes, Wochengeldes usw. Beruht doch die soziale Versicherung, namentlich die Krankenversicherung, auf dem Grundsatz, daß sowohl die Versicherungsbeiträge wie die Geldleistungen der Versicherung nach den Lohnverhältnissen abzustufen sind. Der § 180 RVO. sieht vor, daß die Beiträge und die baren Leistungen nach einem „Grundlohn" bemessen werden, den die Satzung festsetzt. Das Gesetz kennt im allgemeinen drei Arten dieses „Grundlohns": 1. den durchschnittlichen Tagesentgelt (§ 180 Abs. 1 RVO.), 2. den wirklichen Arbeitsverdienst (§ 180 Abs. 4), 3. den Ortslohn (§ 181).

Der Grundlohn in der Form des durchschnittlichen Tagesentgelts kann in zweifacher Weise festgesetzt werden: entweder a) nach Klassen der Versicherten, für welche die Kasse errichtet ist, und sodann b) nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten stufenweise (nach Lohnstufen). Für die Einteilung der Versicherten nach Klassen können die verschiedenen Unterscheidungsmerkmale gewählt werden, die für die Lohnhöhe in der Regel von Bedeutung sind („unter Berücksichtigung der zwischen den Mitgliedern hinsichtlich der Lohnhöhe bestehenden Verschiedenheiten" sagte § 20 Abs 2 KVG.). Es kann eine Klasseneinteilung erfolgen nach Alter und Geschlecht wie im § 150 RVO. für den Ortslohn vorgesehen, es kann auch eine Trennung er-

Digitized by Google

folgen nach Berufen und nach der Stellung im Beruf oder Betrieb. Die amtliche Mustersatzung für Allgemeine Ortskrankenkassen gibt Beispiele solcher Einteilungen: sie bringt in § 19 B eine Unterscheidung von 11 Klassen: zunächst eine solche für die Betriebsbeamten, sodann die Vor- und Facharbeiter, weiter die erwachsenen männlichen Kassenmitglieder usw. Für jede dieser Personenklassen ist ohne Rücksicht auf das wirkliche Lohneinkommen, das der einzelne Zugehörige hat, ein Grundlohn festgesetzt, der gänzlich der Willkür der die Kassensatzung beschließenden Stelle unterliegt.

Diese Einrichtung ist sehr rückständig und nachteilig. Schon das ihr zugrunde liegende „starre System", das sich gar nicht den wirtschaftlichen Verhältnissen des einzelnen Versicherten anpaßt, ist zu bemängeln. Sodann gibt es die Möglichkeit, die Barleistungen außerordentlich niedrig zu halten. Es wird besonders von Betriebskrankenkassen bevorzugt. Eine große Anilin- und Farbenfabrik in Mitteldeutschland hat z. B. vier Klassen: in die erste gehören die männlichen über 21 Jahre alten Mitglieder mit 4 ℳ Grundlohn, in die zweite diejenigen von 16 bis 21 Jahren mit 3 ℳ Grundlohn, in die dritte alle weiblichen Mitglieder über 16 Jahre mit dem Grundlohn von 2 ℳ und in die vierte alle Personen unter 16 Jahren mit dem Grundlohn von 1,20 ℳ; das Krankengeld beträgt die Hälfte des Grundlohnes. Noch ungünstiger ist die Regelung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Kreis B. im Regierungsbezirk Merseburg. Sie hat in Anlehnung an die amtliche Mustersatzung die Versicherten in neun Klassen geteilt: die erwachsenen männlichen Mitglieder gehören zur Klasse 3 mit dem Grundlohn von 2,60 ℳ. Da das Krankengeld ebenfalls in Höhe des halben Grundlohnes gewährt wird, erhält ein erwachsener männlicher Arbeiter 1,30 ℳ Krankengeld für den Tag. Es gibt sogar Kassensatzungen, in denen der Grundlohn für erwachsene männliche Arbeiter auf 2 ℳ festgesetzt ist, so daß das Krankengeld 1 ℳ für den Tag beträgt! Mit diesem Gelde konnte ein erwachsener Mann, zumal ein kranker, schon in Friedenszeiten nicht auskommen, geschweige denn jetzt in der Kriegszeit. Wenn die Kassen dieses ganz unvorteilhafte Klassensystem, das sich der ständig fortschreitenden Steigerung der Löhne nicht anpaßt, nicht überhaupt beseitigen wollen, so sollten sie zum mindesten mit Rücksicht auf die Kriegswirkungen eine ganz erhebliche Hinaufsetzung der Grundlöhne vornehmen, die den jetzigen Durchschnittslöhnen entspricht. Es sei darauf hingewiesen, daß das System auch noch sonst Nachteile hat. So ist z. B. die Zuteilung zu den einzelnen Klassen nicht immer leicht zu treffen, denn es steht häufig nicht fest, ob ein Versicherter zu den Betriebsbeamten, zu den Vorarbeitern, zu den Facharbeitern oder nur zu den gewöhnlichen Arbeitern gehört. Es wird bei der Anmeldung zur Kasse das Bestreben bestehen, ihre Stellung möglichst bescheiden darzustellen. Bei einer zukünftigen Änderung des Gesetzes wird es gut sein, diese Möglichkeit der Einteilung nach Berufs-, Alters- und ähnlichen Klassen überhaupt zu beseitigen.

Die hier geschilderten Mängel werden bis zu einem gewissen Grade beseitigt bei Einteilung der Versicherten nach Lohnstufen und Festsetzung des Durchschnittsbetrags dieser als Grundlohn. Denn so wird das Prinzip, daß die Versicherten nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Tragung der Gesamtlasten der Kasse herangezogen werden, am besten durchgeführt. Je mehr Lohnstufen, um so elastischer ist die Einrichtung, und um so besser wird sie ihren Zwecken gerecht. So hat z. B. die Allgemeine Ortskrankenkasse Leipzig zwölf verschiedene Lohnstufen, die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin sieben, Frankfurt a. M. sechs, Dresden zehn, Nürnberg elf usw. Dieses System ist jeder Kasse zu empfehlen. Ein Mangel ist es freilich, daß die Lohnstufen bei fast jeder Kasse verschieden abgegrenzt, also auch die Krankengeldsätze bei jeder Kasse verschieden sind, was bei den Versicherten Unsicherheit und Verwirrung erzeugt. Da eine Notwendigkeit hierfür nicht

Digitized by Google

einzusehen ist, wäre eine gleichmäßige Abgrenzung durch das Gesetz dringend zu wünschen. Dabei wäre auch Rücksicht auf eine Übereinstimmung mit den Lohnklassen der Invalidenversicherung zu nehmen. Schon bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung in der Reichstagskommission wurde zutreffend von einigen Rednern bedauert, daß nicht bei der Regelung des Grundlohnes für die Krankenversicherung eine Annäherung an die Invalidenversicherung erfolgt sei, indem man auch bei jener einheitlich bestimmte Lohnklassen mit einheitlichen Beiträgen und einheitlichem Krankengeld vorsehe. Was der Regierungsvertreter darauf erwiderte, kann als durchschlagend nicht angesehen werden. Schon der Umstand — so sagte er — spreche dagegen, daß die Lebensbedürfnisse in den einzelnen Teilen des Reiches einen ganz verschiedenen Aufwand erforderten; diesem Umstand entspreche ein einheitliches Krankengeld nicht. Außerdem nehme eine solche Regelung keine Rücksicht auf die verschiedene Leistungsfähigkeit der einzelnen Kassen. Es werde eine bedauerliche Beschränkung der Selbstverwaltung sein, wenn durch eine solche schematische Regelung eine gute Kassenverwaltung gehindert werde, bei geringen Beiträgen höhere Leistungen zu gewähren, obwohl dies finanziell möglich sei. Darauf ist zu entgegen, daß die einheitliche Abgrenzung der Lohnstufen die gut gestellten Kassen doch nicht hindern würde, *mehr* wie die Hälfte des Grundlohnes als Krankengeld zu geben. Gerade das Lohnstufensystem besitzt die Eigenart, sich allen Verhältnissen anzupassen, wie es in der Invalidenversicherung sich ja auch allen Verhältnissen angepaßt hat. Gegen den angeführten vermeintlichen Nachteil sind die Vorteile bei weitem überragend. Für die Selbstverwaltung der Kassen, die man doch sonst viel mehr eingeschränkt hat, bliebe noch ein weites Feld der Betätigung.

Das Gesetz begrenzt die Höhe der Grundlöhne, und zwar bei der Einteilung nach Personenklassen auf 5 *M* und bei der nach Lohnstufen auf 6 *M* für den Arbeitstag. Sehr viele Kassen haben, wie zum Teil schon obige Beispiele zeigen, diese Höchstgrenzen nicht benutzt. Sie begnügen sich mit Grundlöhnen von höchstens 4 und 5 *M*. Das mag bei der Einteilung der Versicherten nach *Klassen* noch erklärlich sein, obgleich auch hier ein durchschnittlicher Tagesverdienst von z. B. 4 *M* für Betriebsbeamte noch sehr bescheiden ist; bei der Einteilung nach *Lohnstufen* ist aber die Zurückhaltung nicht verständlich. Sie ist nachteilig für Kasse wie für Versicherte. Die erstere hat doch einen Vorteil davon, da sie von den Versicherten mit hohem Arbeitsverdienst und hohen Grundlöhnen auch entsprechend höhere Beiträge erhält. Und diese Versicherten werden in der Regel gern damit zufrieden sein, da sie im Falle der Arbeitsunfähigkeit ein entsprechend hohes, ihrem Arbeitsverdienst angepaßtes Krankengeld erhalten. Die höheren Einnahmen der Kasse aber werden durch die verhältnismäßig nur geringen Mehrausgaben für Krankengeld — die Sachleistungen wie ärztliche Behandlung usw. sind doch immer die gleichen — nicht aufgezehrt, so daß die Kasse hierbei ganz ansehnliche Überschüsse erzielt.

Aus diesen gleichen Gründen ist überhaupt nicht verständlich, weshalb das Gesetz die Grundlöhne durch einen Höchstsatz begrenzt. Bei der *Klassen*einteilung ist sie vielleicht noch verständlich, obgleich auch hier Kassenausschuß und Oberversicherungsamt dafür sorgen würden, daß eine übermäßige Belastung der besser gestellten Versicherten und deren Arbeitgeber nicht eintritt; bei der *Lohnstufen*einteilung ist sie aber ganz unangebracht. Sie beschränkt bei dieser die oben bezeichneten Vorteile für Kasse und Versicherte, die vorhanden sind, wenn der Grundlohn dem wirklichen Arbeitsverdienst möglichst eng angepaßt ist. Die Festlegung von Höchstsätzen für den Grundlohn tritt gerade jetzt in der Zeit einer weitgehenden Entwertung des Geldes nachteilig hervor, da sie die Einfügung höherer Lohnstufen mit höheren Grundlöhnen für die zahlreichen Versicherten mit mehr als 6 *M* Durchschnittslohn hindert. Viele Ortskrankenkassen, namentlich in den großen Städten, hätten einen

Digitized by Google

solchen Ausbau ihrer Lohnstufen schon längst vorgenommen, wenn sie nicht durch das Gesetz daran gehindert wären. So kommt es, daß die Krankenkassen von dem Sinken des Geldwertes insofern Nachteile haben, als sie selbst zu höheren Ausgaben wie Teuerungszulagen zu den Gehältern usw. gezwungen sind, an einem Ausgleich durch entsprechend gesteigerte Einnahmen aber gehindert sind. Es ist auch vom sozialen Standpunkt aus ungerecht, die gesteigerten Lasten den Versicherten mit geringem Arbeitsverdienst allein aufzuerlegen und die mit höherem Einkommen nicht entsprechend heranzuziehen. Das richtigste wäre also, auf dem Wege einer Gesetzesänderung oder Verordnung die gegenwärtige Höchstgrenze der Grundlöhne überhaupt fallen zu lassen, sie aber mindestens hinaufzusetzen. Wie die „Ortskrankenkasse" 1917 S. 127 mitteilt, hat der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen bereits eine Petition in dieser Angelegenheit an die zuständigen Stellen abgehen lassen. Ein anderes Hilfsmittel als die Erhöhung der Grundlöhne besteht nicht; da für alle Klassen und Lohnstufen die Beiträge gleichmäßig festzusetzen sind, geht es z. B. nicht an, für die höchste Klasse einen höheren Beitragsteil vom Grundlohn zu erheben, als von den unteren. Bei Einführung der zwangsweisen Krankenversicherung waren die Höchstgrenzen für die Klasseneinteilung 3 *M* und für die Stufenbildung 4 *M*. Durch die Gesetzesänderung im Jahre 1903 wurden die Sätze auf 4 und 5 *M* und mit der Reichsversicherungsordnung auf 5 und 6 *M* erhöht. Man sieht, wie die Gesetzgebung schon fortdauernd gezwungen war, den Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Es ist aber auch daraus zu ersehen, daß die Festsetzung einer Höchstgrenze, die bald durch die „Entwicklung" überholt und immer den tatsächlichen Verhältnissen hinterher hinken wird, nicht viel Zweck hat.

Die Festsetzung der Beiträge und Barleistungen nach dem wirklichen Arbeitsverdienst jedes einzelnen Kassenmitgliedes ist schwierig und umständlich und kann nach Lage der Sache nur für Betriebskrankenkassen in Frage kommen. Nur diese haben die nötigen Unterlagen zur Hand, um die unerläßlichen Berechnungen vorzunehmen. Die Forderung der Festsetzung der Leistungen nach dem Individuallohn hat in Arbeiterkreisen viele Anhänger, weshalb auch bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung in der Reichstagskommission darauf abzielende Anträge gestellt wurden. Mit Recht wendete sich ein Regierungsvertreter hiergegen mit der Bemerkung, ein solches Verfahren sei schwierig, umständlich und deshalb für die Kassen kostspielig. Statistisches Material darüber, in welchem Umfange bisher durch die Satzung der Krankenkassen der wirkliche Arbeitsverdienst als Grundlohn festgesetzt sei, werde nicht zu beschaffen sein.

Der Ortslohn ist nur für bestimmte Gruppen von Versicherten bei den Landkrankenkassen zugelassen. Für Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung sowie für Facharbeiter ist auf alle Fälle, auch bei den Landkrankenkassen, der Grundlohn wie bei den Ortskrankenkassen nach Klassen oder Lohnstufen festzusetzen. Der „Ortslohn" dürfte wohl die unzulänglichste Form der Bemessung der Beiträge und Barleistungen in der Krankenversicherung sein. Bei ihm treten in verstärktem Grade die Nachteile hervor, die oben hinsichtlich der Einteilung der Versicherten nach Personenklassen geschildert sind, denn bei den Ortslöhnen wird nur nach Altersstufen unterschieden, nicht aber nach der Stellung im Betrieb oder Beruf oder sonstigen Merkmalen. Der Ortslohn ist auch dem bestimmenden Einfluß der Kasse entzogen; er wird nach den §§ 149 bis 152 RVO. vom Oberversicherungsamt festgesetzt. Die erstmalige allgemeine, auf vier Jahre gültige Festsetzung sollte im Herbst 1914 geschehen. Wegen des Krieges ist sie immer und immer wieder verschoben worden. Sie soll nunmehr erst im Jahre nach dem Friedensschlusse stattfinden.

Man könnte auch für die landkrankenkassenpflichtigen Versicherten sehr wohl ohne

Digitized by Google

den Ortslohn auskommen und die Grundlöhne nach Lohnstufen festsetzen. Bei zahlreichen landkrankenkassenpflichtigen Versicherten, die einer Ortskrankenkasse angehören, geschieht es doch auch mit „gutem Erfolge". Der Ortslohn ist in der Regel zu niedrig festgesetzt und schädigt so erst recht Kassen wie Versicherte. Namentlich jetzt in der Kriegszeit ist aus den mehrfach angeführten Gründen der Unterschied zwischen den festgesetzten und den wirklichen Ortslöhnen ein ganz erheblicher. Es ist deshalb nicht zu verstehen, weshalb die Neufestsetzung der Ortslöhne bis nach dem Kriege verschoben worden ist. Die dafür vorgebrachten Gründe können als stichhaltig nicht anerkannt werden. Als Aushilfsmittel kann vorgeschlagen werden, durch Bundesratsverordnung die jetzt gültigen Sätze allgemein um einen bestimmten Teil (vielleicht die Hälfte) zu erhöhen, bis nach dem Kriege die Neufestsetzung stattfindet. Damit wäre den Versicherten entgegengekommen und auch den Behörden, die jetzt zu Nachprüfungen keine Zeit haben.

Die Zeit gebietet, die Einrichtungen der Krankenversicherung den auftretenden Bedürfnissen anzupassen. Es sind auch der Krankenversicherung einige Zöpfe abzuschneiden. Je länger sie erhalten bleiben, um so länger wachsen sie und treten um so störender in die Erscheinung.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 4 der **Amtl. Nachr.** vom 16. April 1917.)

I. Unfallversicherung.

In der Ablehnung der Rentenbewilligung durch die Berufsgenossenschaft liegt sowohl die Versagung einer vorläufigen wie einer Dauerrente. — Will das Oberversicherungsamt abweichend von der Berufsgenossenschaft eine Rente festsetzen und ihr den Charakter einer vorläufigen geben (§ 1585 Abs. 1 Satz 3 RVO.), so muß die Rente in der Formel des Urteils als „vorläufige" bezeichnet werden. — Ändert das Oberversicherungsamt eine vom Versicherungsträger gewährte vorläufige Rente nur der Höhe nach ab, so genügt es, daß aus dem entscheidenden Teile des Erkenntnisses sich zweifelsfrei ergibt, daß nur die Höhe, nicht auch der Charakter der Rente als vorläufige geändert wird (2938 S. 368).

Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 558 Ziff. 1 RVO. setzt nicht voraus, daß die Behandlung eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit erwarten läßt. Heilmittel und ärztliche Behandlung zur Erleichterung der Folgen der Verletzung können aber nur dann verlangt werden, wenn sie zur Linderung der Beschwerden von wesentlichem Nutzen sind (2939 S. 370).

Ein fremder Betrieb im Sinne des § 634 RVO. liegt vor, wenn die Inhaber der Firma, welche Unternehmerin dieses Betriebes ist, zugleich Mitglieder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung sind, die als Unternehmerin eines versicherten Betriebs den Auftrag gegeben und den Entgelt zu zahlen hat (2940 S. 370).

Auch wenn gegen eine Vorentscheidung (§ 1658 RVO.) die eine Partei Rekurs eingelegt, die andere mündliche Verhandlung beantragt hat, findet gemäß § 1659 RVO. die mündliche Verhandlung statt. — Hat in solchem Falle das Oberversicherungsamt über den Antrag auf mündliche Verhandlung ohne Kenntnis des Rekurses der anderen Partei entschieden, so liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor, der die Zurückverweisung der Sache in die Vorinstanz zur Entscheidung über den noch nicht erledigten Rechtsbehelf der Gegenpartei rechtfertigt (2941 S. 371).

Ein Samenzuchtbetrieb, der — anders als bei der Landwirtschaft — die Züchtung einer höchst mannigfaltigen Reihe von Feld- und Gartenpflanzen aller Art bezweckt, ist bei der Gärtnerei-Berufsgenossenschaft zu versichern (2942 S. 372).

Ein versicherter Friedhofsbetrieb einer politischen Gemeinde liegt auch vor, wenn die an sich der Gemeinde obliegende Instandhaltung des Friedhofs von sämtlichen Mitgliedern der Gemeinde ohne Anspruch auf Entgelt bewirkt wird (2943 S. 372).

Der Grundsatz der Entscheidung 2635 (Amtl. Nachr. 1913 S. 549), daß in Sachen der Unfallversicherung das Reichsversicherungsamt über Zuständig-

Digitized by Google

keitsstreitigkeiten zwischen Oberversicherungsämtern zu entscheiden hat, wenn ein Versicherungsträger beteiligt ist, dessen Bezirk sich über das Gebiet eines Bundesstaats hinaus erstreckt, gilt entsprechend auch bei Zuständigkeitsstreitigkeiten von Versicherungsämtern. — Ein Versicherungsamt, das zur Zeit der Einspruchsvernehmung zuständig war, kann das weitere Verfahren nicht mehr ablehnen, wenn sich der Wohnort des Verletzten inzwischen geändert hat (2944 S. 373).

„Kassenbelege" im Sinne des § 97 der Kais. Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter sind die im Verkehr üblichen Belege; soweit Belege nicht üblich sind, hat sich der Versicherungsträger mit einer Rechnung zu begnügen, die sich ohne Schwierigkeit nachprüfen läßt (2945 S. 374).

Alle Personen, die in der Landwirtschaft Hilfe leisten, sind, wenn nicht schon nach der Reichsversicherungsordnung, so doch nach der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten gegen Unfall versichert. Dies gilt insbesondere auch von Schülern und Schülerinnen, die als freiwillige Erntehelfer tätig sind (2946 S. 375).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Der Grundsatz der Rev. Entsch. 2191 (Amtl. Nachr. 1916 S. 478) ist aufrecht erhalten: Auch aus § 1661 Ziff. 2 RVO. läßt sich ein im Spruchverfahren verfolgbarer Anspruch auf Krankenhauspflege nach § 184 Abs. 4 RVO. nicht herleiten (2320 S. 388).

Der Kassenarzt kann durch die Satzung, nicht aber durch die Krankenordnung zur Vertretung der Kasse bei Anordnung der Krankenhauspflege ermächtigt werden (2321 S. 389).

Der Ausschluß aus einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (eingeschr. Hilfskasse, Ersatzkasse) muß dem Ausgeschlossenen gegenüber erklärt werden und wird grundsätzlich erst wirksam, wenn die Erklärung dem Ausgeschlossenen zugeht (2322 S. 390).

Daß ein Bevollmächtigter zur Beweisaufnahme außerhalb der mündlichen Verhandlung des Oberversicherungsamts nicht zugezogen worden ist, ist kein wesentlicher Mangel des Verfahrens (2323 S. 392).

Für einen Bureauhilfsarbeiter, der eine nach einem Jahresbetrage bemessene, auch die Sonn- und Feiertage umfassende Vergütung erhält und auch an diesen Tagen zu arbeiten hat, sind diese Tage „Arbeitstage" (2324 S. 393).

Wird ein Arbeitgeber Mitglied einer freien Innung mit einer Innungskrankenkasse, so ist er nicht verpflichtet, die Versicherungspflichtigen, die er ohne Wechsel des Beschäftigungsorts in dem zur Innung gehörigen Betriebe weiterbeschäftigt, bei der Ortskrankenkasse, bei der sie bisher versichert waren, abzumelden (2325 S. 394).

Die Vorlegung der Kassenbücher für sich allein stellt keine Jahresrechnung im Sinne des § 345 Abs. 2 Ziff. 2 RVO. dar (2326 S. 396).

Der Arbeitgeber ist zur Nachzahlung von Beitragsteilen eines früher von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen an die Krankenkasse nicht verpflichtet, wenn infolge eines Versehens der Kasse der Abzug dieser Beitragsteile vom Barlohn (§ 394 Abs. 1 RVO.) unterblieben ist (2327 S. 396).

Die Überführung eines auf einer deutschen Werft erbauten Dampfers für Rechnung der Werft von Swinemünde nach Rostow am Don stellt einen Seeschiffahrtsbetrieb im Sinne des § 540 Ziff. 2 RVO. dar (2328 S. 398).

Die einer Betriebskrankenkasse nach § 1455 Abs. 2 RVO. für Ausstellung und Umtausch von Quittungskarten gezahlte Vergütung darf von der Kasse dem Arbeitgeber überwiesen werden, der nach § 362 Abs. 1 die zur Vornahme dieser Geschäfte erforderlichen Personen auf seine Kosten bestellt hat (2329 S. 400).

Die „Ermittler" einer Ortskrankenkasse, die insbesondere zu prüfen und zu ermitteln haben, ob die zur Kasse Angemeldeten versicherungspflichtig sind und zur Kasse gehören, sind als Angestellte im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO., die „Krankenbesucher" dagegen, die hauptsächlich die Kranken zu überwachen und erforderlichenfalls zur Nachuntersuchung vorzuschlagen haben, als Gehilfen im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 anzusehen (2330 S. 401).

Für die Zuständigkeit des Versicherungsamts zur Bearbeitung eines Antrags auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist nach §§ 1614, 1637 RVO. — abgesehen von § 1616 — der Zeitpunkt des Eingangs des Rentenantrags beim Versicherungsamt bestimmend, auch wenn der Antrag zunächst bei einer anderen Behörde eingegangen und erst von dieser an das Versicherungsamt abgegeben worden war (2331 S. 402).

Digitized by Google

B. Allgemeines.

Vereinigung von Gewerbetreibenden zu einer Genossenschaft hebt die Selbständigkeit der Genossen nicht auf.

Entsch. des **Oberversicherungsamts Königsberg i. Pr.** vom 7. März 1917 (167/8 K.B. 16.)

In Königsberg hat sich eine Schneidergenossenschaft e. G. m. b. H. zu dem Zwecke gebildet, um zu erreichen, daß die Genossen von den Militärbehörden mit großen Aufträgen bedacht werden. Dieser Genossenschaft gehören auch größte Firmen an. Die Allg. Ortskrankenkasse hatte beantragt, dahin Entscheidung zu treffen, daß die Genossenschaft verpflichtet sei, die von ihr mit der Ausführung von Arbeiten für das Kriegsbekleidungsamt beschäftigten Hausgewerbetreibenden bei der Kasse zur Krankenversicherung anzumelden. Unter Hausgewerbetreibenden will die Kasse alle Genossen angesehen wissen, und nur diejenigen Gewerbetreibenden ausscheiden, die einen mit nicht unerheblichem Kapitalaufwand und zahlreichen Hilfskräften geführten Betrieb haben. Das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) hat den Antrag abgewiesen, und das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde der Kasse zurückgewiesen. — Aus den Gründen:

... Die Genossenschaft verfolgt wirtschaftliche Zwecke durch wirtschaftliche Mittel; die wirtschaftlichen Zwecke sollen dem Interesse der Mitglieder dienen und das wirtschaftliche Mittel ist: gemeinschaftlicher Betrieb eines Geschäftes. Es ist nicht einzusehen, in welcher Weise die einzelnen Genossen dadurch Hausgewerbetreibende der Genossenschaft werden sollen. Alle Ausführungen der Beschwerdeschrift, die dartun sollen, in welcher Weise die Genossenschaft als solche selbständige Rechte hat und die einzelnen Genossen den Auftraggebern gegenüber vertritt, können nicht dazu führen, daß bis dahin selbständige Schneidermeister, unter die die Arbeiten verteilt werden, als Hausgewerbetreibende der Genossenschaft anzusehen sind. Sie bleiben vielmehr wirtschaftlich vollkommen selbständig und haben keineswegs unter Wahrung der persönlichen Selbständigkeit die wirtschaftliche Abhängigkeit mit den Lohnarbeitern, welche das Wesen der Hausgewerbetreibenden ausmacht, gemein. Die Genossenschaft als solche verteilt eben nur die Arbeiten auf die bis dahin selbständigen Genossen, die auch selbständig bleiben, wenn sie die Arbeiten an die Genossenschaft als solche abliefern und von dieser den Unternehmergewinn verteilt bekommen. Wenn zwar die Hausgewerbetreibenden auch gewissermaßen Unternehmer mittlerer Stufe sind, so liegt der Unterschied zwischen diesen und den selbständigen Unternehmern eben darin, daß die Hausgewerbetreibenden von einem anderen Gewerbevertreter beschäftigt werden und auf Rechnung eines Dritten arbeiten ... Die Genossenschaft zahlt keineswegs nur eine nach dem Stücke bemessene Vergütung, die sich wirtschaftlich wesentlich als Arbeitsentgelt darstellt, sondern es handelt sich für den einzelnen Genossen lediglich um einen Unternehmergewinn. Damit ist immer vereinbart, daß die Genossenschaft als solche auch etwas erübrigt, um die Unkosten zu decken. Natürlich ist es möglich, daß Genossen auch gleichzeitig Angestellte der Genossenschaft sein können, wie die Beschwerdeführerin ausführt. Es muß aber als verfehlt bezeichnet werden, wenn die von ihr angezogenen Entscheidungen (ArbVers. 1911 S. 840, 1913 S. 719) dafür angeführt werden, daß die Genossen der Schneidergenossenschaft dadurch wirtschaftlich unselbständig werden, daß sie sich gemeinsam zusammentun um gemeinsame Arbeiten, die jeder ganz selbständig anfertigt, zu leisten ...

(Breithaupt.)

Anmerkung: In einem ähnlichen Falle haben wir uns in gleichem Sinne geäußert. ArbVers. 1917 Heft 9 S. 211 Ziff. 3

C. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Erhöhung des Wochengeldes.

Vom 6. Juni 1917 (RGBl. S. 477).

Der Bundesrat hat auf Grund des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Der Betrag des Wochengeldes, welches nach den Bekanntmachungen vom 3. Dezember 1914, 28. Januar und 23. April 1915 (Reichs-Gesetzbl. 1914 S. 492, 1915 S. 49, 257) für Rechnung des Reichs weiterhin zu zahlen ist, wird von einer Mark auf ein und eine halbe Mark täglich erhöht.

§ 2. Die Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Die Nr. 107 des Reichs-Gesetzblatts mit der vorstehenden Bekanntmachung ist in Berlin am 8. Juni 1917 ausgegeben. Mit diesem Tage ist die Verordnung also verkündet und in Kraft getreten. Nach der Fassung der Verordnung ist anzunehmen, daß sie auch auf bereits vorher eingetretene

Digitized by Google

Entbindungsfälle anzuwenden ist in der Art, daß das Kriegswochengeld in allen Fällen, in denen die Bezugsdauer noch nicht abgelaufen ist, vom 8. Juni 1917 ab auf 1,50 ℳ täglich erhöht wird.

Sonn- und Feiertage als Arbeitstage.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 3. Februar 1917 (2324 Amtl. Nachr. 1917 S. 393).

Wie das Reichsversicherungsamt in den Entsch. 1787 und 2215 (Amtl. Nachr. 1913 S. 827, 1916 S. 557) ausgesprochen hat, ist ein nach längeren Zeitabschnitten bemessener Entgelt bei der Zuteilung der Versicherten zu den Lohnstufen durch die Zahl der in den Abschnitt fallenden wirklichen Arbeitstage zu teilen. Dabei gilt als Arbeitstag jeder Tag, an dem der Versicherte nach der Regel des Betriebs oder Gewerbs oder überhaupt nach der Art seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung zu arbeiten hat oder doch zur Verfügung des Arbeitgebers steht (zu vgl. Revisionsentsch. 2142 und Entsch. 2214, Amtl. Nachr. S. 344, 556). Vorliegend handelt es sich um einen Bureauhilfsarbeiter, dessen Dienstverhältnis, wie ihm ausdrücklich eröffnet worden ist, die Verpflichtung in sich schließt, auch an Sonn- und Feiertagen zu arbeiten. Er hat also auch an diesen Tagen Arbeit zu leisten, soweit es zur ordnungsmäßigen Erledigung der Geschäfte erforderlich ist oder von den Vorgesetzten besonders angeordnet wird. Insoweit besteht für ihn zwischen Sonn- und Feiertagen einerseits und Werktagen anderseits kein Unterschied. Dabei ist es ohne Belang, ob er tatsächlich an Sonn- und Feiertagen arbeitet. Es genügt, daß er ohne Beschränkung auf eine bestimmte Tageszeit vermöge der besonderen Natur seines Dienstverhältnisses die zur Erledigung der Geschäfte erforderliche Arbeit auch an Sonn- und Feiertagen zu leisten hat oder doch zum mindesten auch für diese Tage der Verfügungsmacht seiner Vorgesetzten untersteht. Dazu kommt, daß K. auch für die Sonn- und Feiertage einen Entgelt erhält. Denn die Vergütung von 1100 ℳ jährlich wird entgegen der Annahme des Oberversicherungsamts auch für Sonn- und Feiertage gezahlt, da die Vergütung für die ganze Dauer des Beschäftigungsverhältnisses ohne Unterscheidung zwischen Werktagen und Sonn- und Feiertagen gewährt wird. Dementsprechend wird sie, wie die Königliche Regierung in ihren Schriftsätzen vom 28. März 1916 und 18. Mai 1916 geltend gemacht hat, bei Bureauhilfsarbeitern, deren Beschäftigung im Laufe eines Monats beginnt oder endet, nach Tagesbeträgen berechnet, wobei die Sonn- und Feiertage mitgezählt werden. Diese sind hiernach für K. als Arbeitstage anzusehen und somit bei der Zuteilung zur Lohnstufe mitzuberücksichtigen. Das widerspricht nicht, wie die Kasse meint, der Entscheidung 1787 (Amtl. Nachr. 1913 S. 827). Denn wenn es dort als unzulässig bezeichnet ist, bei Versicherten, die nur an Werktagen arbeiten, den nach längeren Zeitabschnitten bemessenen Entgelt durch die Zahl aller in den Abschnitt fallenden Wochentage zu teilen, so ist dabei nur an Personen gedacht, die im Gegensatze zu Beschäftigten der vorliegenden Art zur Arbeitsleistung an Sonn- und Feiertagen überhaupt nicht verpflichtet sind und auch für diese Tage nicht der Verfügungsmacht des Arbeitgebers unterliegen. Werden die Sonn- und Feiertage bei der Feststellung der Lohnstufe mitberücksichtigt, so ergibt sich, daß K. der Lohnstufe IV der Kasse anzugehören hat, wobei dahingestellt bleiben kann, ob der Betrag von 1100 ℳ durch 360 (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 180 RVO.) oder durch 365 zu teilen ist; denn das Ergebnis ist in beiden Fällen das gleiche. K. war daher unter Aufhebung der Vorentscheidung der Lohnstufe IV zuzuteilen. Der von der Kasse angeregten nochmaligen Prüfung der Frage, ob Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen (zu vgl. Entsch. 1788 und 2213, Amtl. Nachr. 1913 S. 829, 1916 S. 553) bedurfte es im vorliegenden Falle nicht.

Zuteilung zu den Lohnstufen (§ 180 RVO.). — Sonn- und Feiertage als Arbeitstage?

Entscheidung des **Versicherungsamts Liegnitz** vom 20. Dezember 1916 (Pr. L. 17/16).

Der Katasterzögling B. ist seit 1. April 1913 im Kgl. Katasteramt beschäftigt. Er bezieht eine monatliche Entschädigung von 30 ℳ und ist mit diesem Verdienst seit dem 1. Mai 1916 bei der Allg. Ortskrankenkasse zur Versicherung gemeldet. Diese Kasse hat B. seinem Monatslohn entsprechend gemäß § 18 der Satzungen in die Lohnstufe II a mit einem Grundlohn von 1,30 ℳ eingereiht. Hiergegen hat der Vertreter des Katasteramts Einspruch erhoben, weil nach § 18 als Grundlohn der durchschnittliche Tagesentgelt der Kassenmitglieder für den Arbeitstag zu gelten habe und dieser Tagesentgelt bei Personen, die auch an Sonn- und Feiertagen zur Arbeit verpflichtet sind, derart durch Teilung zu ermitteln, daß des Jahresarbeitsverdienstes mit 365, des Monatslohns also mit 30 zu ermitteln sei, B. daher bei einem Tagesentgelt von 1 ℳ in Lohnstufe I gehöre.

Das Versicherungsamt erhob nach Anhörung der Kasse Beweis durch Vernehmung des B. und stellte folgendes fest: B. hat vertragsmäßige Überstunden, wenn solche erforderlich seien, ohne Entgelt zu leisten. In einem zu dem Vertrage vom 1. Juli 1913 aufgenommenen Nachtrage vom 15. Januar 1916 wird die Beschäftigung auch auf Sonn- und Feiertage erstreckt; ein Anspruch auf Urlaub steht ihm an diesen Tagen nicht zu. Tatsächlich hat er während seiner ganzen Beschäftigungszeit, also seit 1. April 1913, nur einmal im Juni 1914 in den Diensträumen des Katasteramts etwa 2 Stunden gearbeitet, indem er ohne Auftrag seines Vorgesetzten einem älteren geprüften Hilfsarbeiter bei einer diesem übertragenen Arbeit half, hierfür von diesem eine Entschädigung von 2 ℳ erhielt. Zeuge bekundet ferner, daß es, soweit ihm dies bekannt sei, im Katasteramt nicht üblich sei, an Sonn- oder Feiertagen zu arbeiten. Der Nachtrag zum Vertrage, der zur Sonntagsarbeit verpflichte, sei wahrscheinlich wegen der „Versicherung" aufgenommen worden. Eine besondere Anweisung

Digitized by Google

oder Vereinbarung bezüglich des Bereithaltens für etwaige Sonntagsarbeiten sei nicht getroffen worden.

Hierauf hat das Versicherungsamt den Einspruch gegen die Einreihung in die Lohnstufe II a zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Staffelungen, in denen sich die Sätze zur Ermittelung der verschiedenen Lohnstufen bewegen, sind, wie die Allgemeine Ortskrankenkasse richtig ausgeführt hat, seinerzeit auf Vorschlag der Landesversicherungsanstalt Schlesien unter Befürwortung der beteiligten Versicherungsbehörden in die Satzungen aufgenommen worden. Diese Staffelungen lehnen sich in ihren 5 Hauptgruppen an die 5 Lohnklassen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an (§ 1245 RVO.). Jede Gruppe sieht von den verschiedenen Verdienstarten den Tages-, Wochen- und Monatsverdienst vor. Die Spannungssätze sind indes nicht ganz einheitlich ermittelt worden. Bei der Staffelung a, die den Tagesverdienst umfaßt, ist die Höchstgrenze des im § 1245 RVO. festgesetzten Jahresverdienstes durch 300, bei Wochen- und Monatsverdiensten sind die Grenzen dagegen durch Teilung mit 52 bzw. 12 ermittelt worden. Auf Tage umgelegt heißt der Teiler bei Wochenlöhnen 364 bzw. 365 und bei Monatslöhnen 360. Nach dieser Berechnungsart erreicht der Höchstsatz in der I. Lohnklasse beim Tagesverdienst den Betrag von 1,16 ℳ (350 durch 300), bei Wochenverdienst 6,73 ℳ (350 durch 12). Hieraus aber ergibt sich, daß bei der Tagesverdienststaffelung die Sonntagsarbeit nicht berücksichtigt worden ist. Fehlt sie aber an dieser Staffelung und ist sie in der beim Monatsverdienst gegeben, so muß der Kasse darin beigetreten werden, wenn sie im vorliegenden Streitfalle bei der Zuteilung des gegen einen festen Monatslohn beschäftigten Katasterzögling B. von der für Monatsverdienste vorgesehenen Staffelung ausgegangen ist. Diese schließt aber mit 29,16 ℳ ab, so daß also B. in die nächst höhere Klasse (II a) einzureihen war. Bemerkt muß hierbei werden, daß von Lohnstufe II ab noch Unterstufen vorgesehen sind, die den Zweck haben, die Spannungssätze dem wirklichen Verdienste möglichst nahe zu bringen, die aber für den vorliegenden Streit keine Bedeutung haben.

Es mag zugegeben werden, daß nach Lage der gesetzlichen Bestimmungen (§ 180 RVO.) das Zurückgehen auf den Tagesverdienst auch bei Wochen- und Monatsverdienst anzuwenden ist; sind aber die Satzungen, wie dies bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse zur Zeit des Entstehens des Streites noch der Fall war, diesem Verfahren nicht angepaßt, so muß, soll anders der Versicherte nicht zu Schaden kommen, von dem Buchstaben abgewichen werden, und ein anderer offener Weg, der, wenn auch indirekt, ebenfalls zu einem richtigen Ergebnis führt, beschritten werden. Übrigens ist die Satzung der Allgemeinen Ortskrankenkasse inzwischen — mit der Wirkung vom 1. Dezember 1916 ab — entsprechend geändert worden.

Schließlich wird dem von der Allgemeinen Ortskrankenkasse zum Ausdruck gebrachten Zweifel über den Begriff des Arbeitstages für Sonn- und Feiertage bei dem Katasterzögling B. beigetreten. Der vertragsmäßigen Verpflichtung, auch Überstunden, wenn solche erforderlich sind, ohne Entgelt zu leisten und der erheblich später hinzugekommenen weiteren Verpflichtung, auch Sonn- und Feiertags zu arbeiten, steht die Tatsache gegenüber, daß nach der Art der Beschäftigung Sonntagsarbeit im Kataseramt allgemein nicht üblich ist, und daß der Zögling B. während seiner 3½ jährigen Tätigkeit nicht ein einziges Mal ohne ein besonderes Entgelt des Sonntags dienstlich gearbeitet hat. Die in der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. 4. 1912 über den Kredit der nach der Reichsversicherungsordnung versicherten Personen in Ziff. 9 Abs. 2 gegebenen Richtschnur bezüglich der Dienstbereitschaft, hat unzweifelhaft ganz andere Voraussetzungen im Auge als sie hier gegeben sind. (Vgl. auch Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 5. Februar 1912, ArbVers. 1912 S. 490.)

Nach alledem muß als erwiesen erachtet werden, daß die Zuteilung des Zöglings B. in Lohnstufe II a zu Recht besteht, und es war, wie geschehen, zu entscheiden.

Die Beschwerde des Katasteramts gegen diese Entscheidung (§ 405 Abs. 2 RVO.) ist vom Oberversicherungsamt in Liegnitz durch Entscheidung v. 8. Mai 1917 als unbegründet zurückgewiesen worden.

Durch die Kassensatzung, nicht aber durch die Krankenordnung kann der Kassenarzt zur Anordnung von Krankenhauspflege ermächtigt werden.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Januar 1917 (2321 Amtl. Nachr. 1917 S. 389).

Allerdings wurde, wie die Beklagte zutreffend hervorhebt, bereits für das Recht des Krankenversicherungsgesetzes angenommen, daß durch die Satzung der Kassenarzt zur Anordnung der Krankenhauspflege ermächtigt werden könne (zu vgl. Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 28. Oktober 1902, Reger 23 S. 257; Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz Anm. 6 zu § 7; Hahn, Krankenversicherungsgesetz, 5. Aufl., Anm. 1 g zu § 7). Dieser Grundsatz wird auch unbedenklich für das Recht der Reichsversicherungsordnung übernommen werden können (so auch Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 d zu § 184 RVO.; Hoffmann, Kommentar Anm. 7 zu § 184). Vorliegend enthält aber die Satzung eine solche Ermächtigung des Krankenkassenarztes nicht. Es ist dort in § 49 Abs. 1 Nr. 2 bestimmt, daß der Vorsitzende die Kasse bei der

Digitized by Google

Anordnung von Krankenhauspflege erkrankter Mitglieder vertritt. Außerdem kann er seine Vertretungsmacht auf einen geschäftsleitenden Angestellten übertragen. Die Kasse meint nun, daß mit gleicher Wirkung eine Ermächtigung des Kassenarztes durch die Krankenordnung ausgesprochen werden könne, was hier in § 17 a. a. O. geschehen sei. Der erkennende Senat hat sich ebenso wie das Oberversicherungsamt dieser Auffassung nicht anzuschließen vermocht. Nach § 347 RVO. regelt der Ausschuß durch eine Krankenordnung Meldung und Überwachung der Kranken sowie ihr Verhalten. Wie die Begr. zum Entw. einer RVO. (S. 206) ersehen läßt, sollen derartige Bestimmungen, deren Erlaß den Krankenkassen im Gegensatze zum Krankenversicherungsgesetze zur Pflicht gemacht ist, verhindern, daß der Versicherte durch ein zweckwidriges Verhalten den Heilprozeß verzögert oder vereitelt. Da sie außerdem nach Rücksichten der Zweckmäßigkeit zu treffen sind und deshalb unter Umständen rasch geändert oder ergänzt werden müssen, so hat der Gesetzgeber es nicht für zweckmäßig erachtet, sie als einen Bestandteil der Satzung in diese aufzunehmen, sondern ihre besondere Zusammenstellung vorgesehen. Aus vorstehendem ergibt sich zugleich der zulässige Inhalt der Krankenordnung. Daß eine Bestimmung darüber, wer für die Kasse Krankenhauspflege wirksam anordnen kann, nicht zu den Bestimmungen über die Meldung und Überwachung der Kranken gehört, bedarf keiner weiteren Ausführung. Sie kann aber nach dem aus der Begründung ersichtlichen Zwecke dieser Bestimmungen auch nicht zu denjenigen über das Verhalten der Kranken gerechnet werden, zumal der Versicherte der Anordnung der Krankenhauspflege nicht unbedingt, sondern nur bei dem Vorliegen der Voraussetzungen des § 184 Abs. 1 und 3 RVO. nachzukommen hat. Auch praktische Erwägungen sprechen dafür, die Stellen, welche zur Vertretung der Kasse befugt sein sollen, lediglich in der Satzung zu bezeichnen. Einerseits ist es für den Versicherten leichter, sich über die in Betracht kommenden Bestimmungen Klarheit zu verschaffen, wenn sie in einem einzigen Paragraphen der Satzung vollständig enthalten sind; anderseits wird in diesem Falle auch tunlichst der Gefahr vorgebeugt, daß die einzelnen Bestimmungen miteinander in Widerspruch stehen. Daß mit einer solchen Regelung nicht ebenfalls den praktischen Interessen der Beklagten genügt werden könnte, hat diese nicht darzulegen vermocht. Konnte nach allem der Kassenarzt nur durch die Satzung, nicht aber durch die Krankenordnung zur Anordnung der Krankenhauspflege ermächtigt werden, so war vorliegend die Einweisung des Klägers nicht ordnungsgemäß erfolgt. Er brauchte ihr daher auch keine Folge zu leisten. Die angefochtene Entscheidung erwies sich hiernach als zutreffend. Daher war die Revision zurückzuweisen.

Anmerkung: Die Entscheidung betrifft die Frage nach der Gültigkeit einer allgemeinen Ermächtigung des Kassenarztes. Im Einzelfalle kann selbstverständlich der Arzt auch durch den Kassenvorstand zur Anordnung der Krankenhauspflege rechtswirksam ermächtigt sein; der Versicherte muß die Anordnung beachten, wenn ihm entweder der Vorstand die Ermächtigung mitteilt oder der Arzt sie nachweist (zu vgl. §§ 167, 174 BGB.).

Kriegswochenhilfe, wenn das Kind in nichtiger Doppelehe geboren ist.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Pirna** vom 30. März 1917.

Die Emilie K., geb. Funke, hat am 10. Juni 1916 mit dem Hilfsmaterialienverwalter und Feldwebel K. die Ehe geschlossen. Zur Zeit der Eheschließung war K. bereits mit Lina, geb. W. verheiratet. Von dieser Ehe war der Antragstellerin bei Eingehung der Ehe mit K. nichts bekannt. Kunze ist im August 1916 wegen Bigamie verurteilt worden. Am 21. Oktober 1916 ist die K. von einem Knaben entbunden worden. K. leistete zur Zeit der Geburt dem Reiche Kriegsdienste. Vor Eintritt in diese Dienste war er etwa 5 Jahre ununterbrochen bei der Betriebskrankenkasse der Königlich Sächsischen Staatseisenbahnen gegen Krankheit versichert. Frau K. selbst ist nicht gegen Krankheit versichert. Ihr Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach der Bek. v. 3. 12. 14 wurde von der Kasse abgelehnt, weil das Kind als unehelich anzusehen sei. Das Versicherungsamt hat jedoch die Kasse zur Gewährung der Kriegswochenhilfe verurteilt. — Aus den Gründen:

Richtig ist allerdings, daß eine Ehe nichtig ist, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung mit einem Dritten in einer gültigen Ehe lebt (§ 1326 BGB.); die Nichtigkeit einer nach § 1326 nichtigen Ehe kann jedoch nur im Wege der Nichtigkeitsklage geltend gemacht werden (§ 1329). Bis zum Nichtigkeitsurteile kann sich niemand auf die Nichtigkeit der Ehe berufen. Es kann sich auch nicht ein Ehegatte unter Bezugnahme auf die Nichtigkeit der Erfüllung der aus Eingehung der Ehe ihm obliegenden Pflichten, insonderheit nicht seiner Unterhaltspflicht, entziehen. Solange die Ehe nicht rechtskräftig für nichtig erklärt ist, stehen beiden Ehegatten gegeneinander alle Rechte und Pflichten aus der Ehe zu, und auch dritten Personen gelten sie als Eheleute. Das Gesetz bezeichnet sie auch stets als „Ehegatten".

Nach dem Wortlaute der Bestimmung in § 1 der Bek. v. 3. 12. 1914 steht sonach der Kunze zweifellos Anspruch auf Wochenhilfe zu. Aber man würde auch dem Sinne der Bestimmung in § 1 der Bek. nicht gerecht werden, wollte man in diesem Falle der Kunze die Wochenhilfe vorenthalten. Denn der Gesetzgeber hat durch die Bekanntmachung über Wochenhilfe, einmal dem Ehemann, der für das Vaterland Kriegsdienste leistet, seine Unterhaltspflicht erleichtern, andererseits der besonderen Notlage gerecht werden wollen, in der sich die Frau befindet, wenn sie niederkommt, während sich ihr berufener Beistand und Ernährer im Felde befindet. Die Kriegswochen-

Digitized by Google

hilfe soll der niedergekommenen Ehefrau einen Teil des Unterhalts und der mit der Niederkunft verbundenen Kosten sichern, die sonst dem Ehemann zur Last fallen (s. auch ArbVers. 1916 S. 344, 1915 S. 212). — Da K., wenn er zu Hause wäre, für seine niedergekommene Frau zu sorgen hätte, so muß auch die Kasse bzw. das Reich, die für K., weil er im Felde ist, diese Sorge übernommen haben, Wochenhilfe gewähren.

Aber auch das Kind der K. gehört zu den Kindern, für die Kriegswochenhilfe in Aussicht genommen ist. Denn die Ansicht, daß das Kind der K. als unehelich zu gelten habe, steht nicht mit den gesetzlichen Bestimmungen im Einklang. Ausdrücklich ist in § 1699 BGB. bestimmt, daß ein Kind aus einer nichtigen Ehe als ehelich gilt, wenn nicht beide Ehegatten die Nichtigkeit der Ehe bei der Eheschließung gekannt haben. Dies ist aber hier nicht der Fall gewesen. Nach alledem ist der Anspruch der Kunze gerechtfertigt. (Vgl. noch Entsch. d. RVA. v. 3. 10. 1916.)

Anmerkung: Die Entscheidung ist rechtskräftig geworden. Sie ist auch unbedenklich als richtig anzuerkennen. Die am Schlusse angeführte Entsch. des RVA. betrifft den Fall eines im Ehebruch erzeugten Kindes; sie ist abgedruckt in ArbVers. 1917 Heft 5 S. 111.

Anzeige der Weiterversicherung (§ 313) vor dem Ausscheiden; wiederholter Übertritt in eine andere Lohnstufe?

Beschluß des **Versicherungsamts Schwerin (Mekl.)** vom 22. Februar 1917.

Der Bankbeamte E. schied mit dem 1. Januar 1917 aus der Pflichtmitgliedschaft in der 7. Lohnstufe bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse aus, weil sein Entgelt die Grenze von 2500 ℳ überschritt. Am 30. Dezember 1916 machte er der Kasse von seinem bevorstehenden Ausscheiden Mitteilung, erklärte, er wolle sich vom 1. Januar 1917 ab weiterversichern und unterschrieb eine „Anmeldung für Versicherungsberechtigte" mit folgendem Wortlaut: „Der Unterzeichnete meldet hiermit die freiwillige Fortsetzung seiner Versicherung an, und zwar in Lohnstufe 1, mit Wirkung vom 1. Januar 1917." Dies Schriftstück wurde von der Kasse entgegengenommen. Am 3. Januar 1917 überbrachte E. die Abmeldung seiner Arbeitgeberin und beantragte nun, statt in die 1., in die 4. Lohnstufe aufgenommen zu werden. Da die Kasse die Umschreibung verweigerte, erhob E. Klage auf Feststellung, daß er sich in der 4. Lohnstufe weiterversichern dürfe.

Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Der Kläger hält seine Erklärung vom 30. Dezember 1916 für ungültig, weil sie vor seinem Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft abgegeben sei, und § 313 RVO. bestimme, daß die Anzeige der Weiterversicherung binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden abgegeben werden müsse. Abgesehen davon, daß diese Berufung gegen Treu und Glauben verstoßen würde, ist sie auch um deswillen nicht stichhaltig, weil § 313 RVO. an der angeführten Stelle nur den Endzeitpunkt, nicht aber den Anfangstermin der Anzeige bestimmen will (Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, § 313 Anm. 5 b). Ist aber die erste Erklärung gültig, so folgt daraus die Ungültigkeit der zweiten. Denn mit der ersten hatte der Kläger sein durch § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. gewährleistetes Recht ausgeübt, in eine niedrigere Lohnstufe überzutreten. Ein Recht, diesen Übertritt nochmals vorzunehmen, gibt die Bestimmung den Weiterversichernden nicht, eine ausdehnende Auslegung würde aber nicht allein die ordnungsmäßige Kassenverwaltung gefährden, sondern auch um deswillen nicht angebracht sein, weil schon § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. eine auf besonderen Billigkeitsgründen beruhende Ausnahme von der allgemeinen Regel der Reichsversicherungsordnung darstellt, daß die Lohnstufe sich nicht nach dem Belieben des Mitglieds, sondern nach objektiven Merkmalen richtet. Mindestens aber könnten diese Billigkeitsgründe ein Recht auf den Wechsel nur in der Richtung rechtfertigen, daß der Weiterversichernde von der zuerst gewählten niedrigeren Lohnstufe später in eine noch niedrigere, nicht aber, wie hier, von der niedrigeren Lohnstufe in eine höhere übergehen könnte. Denn eine Erweiterung der Befugnis auch in letzterem Sinne hieße dem Mangel an Vorbedacht und der Willkür der Mitglieder Vorschub leisten. Der Kläger gehört demnach auf Grund seiner gültigen Erklärung vom 30. Dezember 1916 der ersten, nicht auf Grund seiner ungültigen zweiten Erklärung der 4. Lohnstufe der Beklagten an.

Der Kläger erhob Beschwerde, die jedoch vom Großherzoglichen Oberversicherungsamt Schwerin, im wesentlichen aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung, durch Beschluß vom 21. Mai 1917 zurückgewiesen wurde.

Hinreichende Bekundung des Willens zur Weiterversicherung (§ 313 RVO.).

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** vom 11. Oktober 1916 (20 402 K.).

Wer bei seinem Ausscheiden aus versicherungspflichtiger Beschäftigung Mitglied der Kasse bleiben will, muß es binnen 3 Wochen anzeigen. Der Anzeige steht es gleich, wenn in der gleichen Frist die satzungsmäßigen Beiträge gezahlt werden, § 313 Abs. 2 RVO. Nun sind zwar für den Kläger die satzungsmäßigen Beiträge bis Oktober 1914 bezahlt worden. Es fiel jedoch keine Beitragsleistung mehr, aus der die Absicht der freiwilligen Weiterversicherung hätte gefolgert werden können, in die seinem Ausscheiden aus der Kasse folgende Dreiwochenfrist. Satzungsgemäß werden die Beiträge erst nach Ablauf eines Monats bezahlt, sie wurden für den Monat

Digitized by Google

August erst am 15. September vom Arbeitgeber eingehoben, wie sich aus der vorgelegten Quittung ergibt. Diese nach Ablauf von 3 Wochen seit dem Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis erfolgte Beitragszahlung war für die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses verspätet.

Es ist deshalb für die Ansprüche des Klägers entscheidend, ob die Absicht, das Versicherungsverhältnis freiwillig fortzusetzen, in der Besprechung des Arbeitgebers Sch. mit dem Bürgermeister A. so klar zum Ausdruck kam, daß sie als Anzeige im Sinne des § 313 Abs. 2 RVO. gelten kann. Denn für diese ist eine besondere Form nicht vorgeschrieben.

Nach den Erhebungen des Versicherungsamts war der Arbeitgeber Sch. zur Meldestelle gekommen, um sich zu erkundigen, ob der Kläger nicht Mitglied der Kasse bleiben könne. Bürgermeister A., der die Meldestelle für seinen Sohn versah und selbst nicht genau Bescheid wußte, riet ihm, den Kläger bei der Kasse zu belassen, wenn es angehe. Daraufhin unterließ Sch. die Abmeldung. Damit brachte er unzweideutig die Absicht zum Ausdruck, daß er den Kläger bei der Kasse lassen, also auch freiwillig fortversichern wolle, falls die Mitgliedschaft nicht von selbst fortdauere. Der Bürgermeister war zur Entgegennahme dieser Erklärung für die Kasse in Vertretung seines Sohnes, dem die Meldestelle übertragen war, ermächtigt.

Der Spruchausschuß kommt deshalb zu dem Ergebnis, daß eine rechtsgültige Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses vorlag, welche die Kasse beim Eintritt des Versicherungsfalls zur Leistung verpflichtete. Die erhobenen Ansprüche auf Krankengeld für die Zeit vom 30. August bis 24. November waren deshalb begründet.

Form der Jahresrechnung (§§ 321 Ziff. 7, 345 Ziff. 2 RVO.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Februar 1917 (2326 Amtl. Nachr. 1917 S. 396).

Eine Betriebskrankenkasse pflegte dem Rechnungsausschusse nicht eine besondere Jahresrechnung, sondern als solche nur das Kassenbuch vorzulegen. Bei Gelegenheit der Überreichung des Rechnungsabschlusses nach § 367 RVO. beanstandete das Versicherungsamt dies und verlangte die Aufstellung einer Jahresrechnung „unter Berücksichtigung der für die Buchführung bestehenden Bestimmungen, also unter Zugrundelegung der vorgesehenen Kapitel und Titel, die auch dem Voranschlage zugrunde liegen". Die Betriebskrankenkasse legte gegen diese Anordnung Beschwerde ein. Diese wurde vom Oberversicherungsamte insoweit als unbegründet abgewiesen, als die Kasse für verpflichtet erklärt worden ist, Jahresrechnungen aufzustellen. Dagegen erkannte das Oberversicherungsamt nicht die Befugnis des Versicherungsamts an, über den Inhalt der Jahresrechnung im einzelnen von Aufsichts wegen Anordnungen zu erlassen. Gegen diese Entscheidung legte die Kasse weitere Beschwerde ein mit dem Antrag, die Entscheidung des Oberversicherungsamts aufzuheben und das Verlangen des Versicherungsamts abzuweisen. Gemäß § 1781 Abs. 2 RVO. ist die Sache dem Beschlußsenat überwiesen worden, der die weitere Beschwerde zurückwies. — Gründe:

Die Satzung der Betriebskrankenkasse bestimmt im § 67 Abs. 1 Satz 2: „Die Kassenbücher sind nach den Bestimmungen des Bundesrats über Art und Form der Rechnungsführung zu führen. Das gleiche gilt für die Aufstellung der Jahresrechnungen." Nach der Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie über die Muster der von den Kassen einzureichenden Nachweisungen und über die Einsendungsfristen (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1913 S. 1009) hat aber der Bundesrat über die Jahresrechnung keinerlei Bestimmungen getroffen. § 67 Abs. 1 Satz 2 der Satzung entspricht dem Wortlaut des § 70 der Mustersatzung für gewerbliche Betriebskrankenkassen (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1913 S. 331). Diese Bestimmung erklärt sich offenbar daraus, daß bei Aufstellung der Mustersatzung angenommen wurde, der Bundesrat würde auch über den Inhalt der Jahresrechnung Vorschriften erlassen. Diese Voraussetzung ist nicht eingetroffen. § 67 der Satzung ist also insoweit ohne Bedeutung, als er für die Aufstellung der Jahresrechnungen auf die Bestimmungen des Bundesrats über Art und Form der Rechnungsführung verweist. Immerhin ergibt die Bestimmung, daß die Satzung die Aufstellung einer Jahresrechnung verlangt, wie auch § 321 Nr. 7 und § 345 Nr. 2 RVO. davon ausgehen, daß eine Jahresrechnung aufzustellen ist. Diesem Erfordernis hat die Betriebskrankenkasse nicht Genüge geleistet. Denn weder stellt der Inhalt des Kassenbuchs für sich allein die Jahresrechnung dar, noch auch der Rechnungsabschluß, der statistischen Zwecken dient, während die Jahresrechnung die Darstellung des Vermögens unter Nachweis der Einnahme- und Ausgabeposten geben und dadurch eine Nachprüfung der Kassenführung an der Hand der Bücher ermöglichen soll. Die weitere Beschwerde der Kasse war daher unbegründet. Zur Frage des Inhalts der aufzustellenden Jahresrechnung war nicht Stellung zu nehmen, da das Oberversicherungsamt die Anordnung des Versicherungsamts insoweit bereits aufgehoben hat.

Eine Betriebskrankenkasse darf die Vergütung für Ausstellung usw. von Quittungskarten (§ 1455 Abs. 2 RVO.) dem Arbeitgeber überweisen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 3. Februar 1917 (2329 Amtl. Nachr. 1907 S. 400).

Nach § 1455 Abs. 1 Nr. 1 RVO. kann die oberste Verwaltungsbehörde anordnen, daß Krankenkassen die Quittungskarten ausstellen und umtauschen. Hierfür sind ihnen nach Abs. 2 daselbst besondere Vergütungen

Digitized by Google

zu gewähren, deren Höhe die oberste Verwaltungsbehörde festsetzt. Aus diesen Vorschriften, zu deren Durchführung in Preußen die Anweisung für die Quittungskartenausgabe vom 20. November 1911 Ziff. 1 und 2 (Ministerial-Blatt der Handels- und Gewerbe-Verwaltung S. 429, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 336) und der Erlaß des Königl. Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 27. Juni 1912 (Ministerial-Blatt der Handels- und Gewerbe-Verwaltung S. 389) ergangen sind, folgert die Beschwerdeführerin, daß Ausstellung und Umtausch der Quittungskarten nicht zu den eigentlichen Geschäften der Krankenkasse gehören, für die bei Betriebskrankenkassen nach § 362 RVO. der Arbeitgeber auf seine Kosten und Verantwortung die erforderlichen Personen zu bestellen habe. Dem kann nicht beigetreten werden. Ein Unterschied zwischen eigentlichen und uneigentlichen Kassengeschäften ist der Reichsversicherungsordnung fremd. Macht die oberste Verwaltungsbehörde von der Befugnis des § 1455 Abs. 1 Nr. 1 Gebrauch, so werden damit Umtausch und Ausstellung der Quittungskarten ebenso zu Geschäften der Kasse im Sinne des § 362 RVO., wie es die ihr durch das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung übertragenen Aufgaben sind. Die gegenteilige Auffassung wird auch durch den Hinweis auf die Zahlung der Vergütung nicht gerechtfertigt. Denn durch die Reichsversicherungsordnung sind den Krankenkassen auch sonst noch außerhalb des Zweiten Buches verschiedene Geschäfte aus anderen Versicherungszweigen übertragen worden, ohne daß ihnen dafür irgendeine Vergütung bezahlt würde, so in § 1438 Abs. 2 die Ausstellung von Krankheitsbescheinigungen für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und in § 1512 die Anzeige der durch Betriebsunfälle herbeigeführten Krankheiten an die Träger der Unfallversicherung. Der Auffassung, daß es sich um eigentliche Kassengeschäfte handelt, entspricht auch der Umstand, daß die Vergütung nach § 1455 Abs. 2 RVO. stets den Kassen zu zahlen ist, ohne Unterschied, ob es Betriebskrankenkassen oder andere Krankenkassen sind.

Eine andere Frage ist, ob die Betriebskrankenkasse vorliegendenfalls berechtigt war, ihrerseits die von ihr vereinnahmte Vergütung ganz oder teilweise an den Arbeitgeber herauszuzahlen. In dieser Hinsicht ist zu berücksichtigen, daß die Vergütung, wie die Begründung zum § 151 Abs. 2 des Invalidenversicherungsgesetzes — aus dem § 1455 Abs. 2 RVO. hervorgegangen ist — (S. 341) ergibt, aus Billigkeitsgründen eingeführt ist, offenbar, um nicht der Landesversicherungsanstalt auf Kosten der Krankenkasse einen unberechtigten Vermögensvorteil zu verschaffen. Die gleichen Billigkeitsgründe führen aber dazu, in Fällen, wo die Kosten nicht von einer Kasse, sondern einem Arbeitgeber aufgewendet worden sind, diesem und nicht der Kasse die Vergütung endgültig zufließen zu lassen. Da nun die durch Ausstellung und Umtausch der Quittungskarten entstehenden sächlichen Kosten, die von der Kasse zu tragen wären (zu vgl. Entsch. 1973, Amtl. Nachr. 1915 S. 376) regelmäßig nur ganz unbedeutend sein werden, die sämtlichen persönlichen Kosten aber dem Arbeitgeber allein zur Last fallen und vorliegendenfalls auch von ihm allein getragen worden sind, so kann nichts dagegen erinnert werden, daß die Kasse die ganze Vergütung ihm überwiesen hat. Diese Erwägung führt zu dem gleichen Ergebnis, das der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen in einer dem Reichsversicherungsamt erteilten Auskunft als der tatsächlichen Übung entsprechend bezeichnet hat.

D. Zur Unfallversicherung.

Alle Personen, die in der Landwirtschaft Hilfe leisten, sind gegen Unfall versichert.
Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 24. März 1917 (2946 Amtl. Nachr. 1917 S. 375).

„Wer eine Beschäftigung im Sinne des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 1333) ausübt, unterliegt" nach § 1 der Verordnung des Bundesrats über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 171), „auch wenn er nicht dienstpflichtig nach § 1 dieses Gesetzes ist, den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung, soweit diese Verordnung nichts anderes bestimmt. Dies gilt auch dann, wenn die Beschäftigung nicht auf Grund freiwilliger Meldung (§ 7 des bezeichneten Gesetzes) stattfindet". Als im vaterländischen Hilfsdienst tätig gelten nach § 2 des Hilfsdienstgesetzes alle Personen, die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigt sind, soweit ihre Zahl das Bedürfnis nicht übersteigt. Alle diese Personen unterliegen somit, wenn nicht schon unmittelbar nach der Reichsversicherungsordnung, so doch auf Grund der Verordnung vom 24. Februar 1917 der reichsgesetzlichen Unfallversicherung. Dabei macht es nach der ausdrücklichen Vorschrift der Verordnung keinen Unterschied, ob die Personen nach § 1 des Hilfsdienstgesetzes dienstpflichtig sind oder nicht. Insbesondere gilt dies auch von den Schülern und Schülerinnen höherer Lehranstalten, welche in der Landwirtschaft als freiwillige Erntehelfer tätig sind. In dieser Beziehung trifft der preußische Ministerial-Erlaß vom 7. September 1914 (Ministerial-Blatt der Handels- und Gewerbe-Verwaltung 1914

Digitized by Google

S. 491, auch abgedruckt in den Entscheidungen und Mitteilungen des RVA. Bd. 3 S. 352 unter Nr. 2) innerhalb des Rahmens der erwähnten Verordnung nicht mehr zu.

Anmerkung: Der Erlaß der preuß. Minister ist abgedruckt in ArbVers. 1914 S. 686. Er behält seine Bedeutung für die Kranken- und Invalidenversicherung, weil auf diesen Gebieten Beschäftigung „gegen Entgelt" vorausgesetzt wird.

Obstpflücken und Ausästen von Bäumen an Staatsstraßen als landwirtschaftliche Betriebstätigkeit.

Entscheidung des **Sächsischen Landesversicherungsamts** vom 17. März 1917 (183 LVA.).

Der Straßenarbeiter G. ist beim Ausästen eines an der Straße von B. nach N. stehenden Apfelbaums verunglückt. Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft hat nach § 1736 RVO. beantragt, die Straßenbaudirektion als Ausführungsbehörde für entschädigungspflichtig zu erklären. Sie ist der Meinung, daß es sich nicht um eine der Obstgewinnung dienende Tätigkeit, sondern eine der pfleglichen Behandlung des Baums dienende Verrichtung gehandelt habe, daß die an der Straße gepflanzten Obstbäume in erster Linie zur Abgrenzung und Kennzeichnung des Straßenlandes, nicht als Einnahmequelle bestimmt seien und daß daher eine auf Erhaltung eines solchen Obstbaumes in pfleglichem Zustand abzielende Tätigkeit in den Rahmen des Straßenunterhaltungsbetriebes falle, zumal auch der verletzte Arbeiter in Diensten der Straßenunterhaltungsverwaltung stehe. Demgegenüber führt die beklagte Straßenbaudirektion aus: Die Pflege und Unterhaltung der Straßenbäume stelle, wenn damit eine nicht ganz unbedeutende Obst- oder Holznutzung verbunden sei, eine landwirtschaftliche Tätigkeit dar, die Beseitigung des Astes, bei deren Vornahme G. verunglückt sei, sei auch nicht zur Sicherung des Verkehrs, sondern zur Förderung der Obstnutzung vorgenommen worden, so daß auch nicht ein Verteilungsverfahren nach den §§ 1739 ff. RVO. in Frage kommen könne. Es habe sich, wie die Besichtigung ergeben habe, um die Beseitigung eines gesunden, der Straße abgekehrten Astes gehandelt, die wegen dessen tiefen, zum Herabreißen von Früchten verlockenden Herabhängens erfolgen mußte, zugleich auch um das Kronengleichgewicht und die Gleichmäßigkeit der Form herzustellen. Mit dem Verkehr auf der Straße habe die Beseitigung nichts zu tun gehabt. Ein Auseinanderhalten der Kosten, je nachdem das Ausästen eines Straßenbaums im Interesse der Baumpflege oder im Interesse der Verkehrssicherheit bewirkt worden sei, sei nicht durchgeführt worden. Von den vorgenommenen Ausästungsarbeiten an den Straßenbäumen entfielen höchstens ein Viertel auf Maßnahmen im Verkehrsinteresse. Die staatliche Straßenbauverwaltung ist mit Rücksicht auf die Obstnutzung bei der Klägerin, der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, katastriert. — Das Landesversicherungsamt hat diese Berufsgenossenschaft für entschädigungspflichtig erklärt aus folgenden Gründen:

Das Abnehmen des Obstes und die auf dessen Erzielung gerichteten Arbeiten sind dem landwirtschaftlichen Betriebe zuzurechnen. In dessen Rahmen fällt deshalb auch die Unterhaltung der Obstbäume, die ihrerseits wieder das Ausästen umfaßt. Auch die Unterhaltung der an Wegen und Straßen stehenden Obstbäume stellt einen landwirtschaftlichen Betrieb dar, falls mit ihr eine nicht ganz unbedeutende Obstnutzung verbunden ist, Handb. der Unf. Vers. 3. Aufl. Bd. 2 S, 7 Nr. 8. Die Obstnutzung an den die Staatsstraßen im Königreich Sachsen einfassenden Obstbäumen ist durchaus nicht als unbedeutend zu bezeichnen. Deshalb sind alle der Erhaltung solcher in sachgemäßem Zustande dienenden Arbeiten dem landwirtschaftlichen Betriebe zuzurechnen, so vor allem das Ausästen. Nur dann, wenn besondere Umstände die Annahme rechtfertigen, daß eine Beseitigung eines solchen Obstbaumes oder eines Zweiges davon lediglich deshalb vorgenommen worden ist, weil er dem Verkehr auf der Straße Gefahr drohte, kann die Zuweisung der entsprechenden Tätigkeit und der Entschädigung für einen dabei vorgekommenen Unfall an die staatliche Straßenbauverwaltung in Frage kommen. An solchen Umständen fehlt es im vorliegenden Falle. Der Umstand, daß der zu beseitigende Ast sich nicht nach der Straßenseite, sondern nach der Straßenböschung zu erstreckte, bestätigt die Annahme, daß nur die Unterhaltung des Baumes in sachgemäßem Zustande ohne Rücksicht auf eine Gefährdung des Straßenverkehrs mit dem Absägen des Astes erstrebt wurde.

Der Antrag der Klägerin, die Entschädigungspflicht der Beklagten zuzuweisen, war sonach unbegründet, vielmehr war die Klägerin für entschädigungspflichtig zu erklären.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Bestimmung von Ausführungsbehörden und den Erlaß von Bestimmungen zur Durchführung der Unfallversicherung von Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst im Ausland.

Vom 2. Juni 1917 (RGBl. S. 479).

Auf Grund des § 10 Abs. 2 Nr. 2 und des § 19 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 — Reichs-Gesetzbl. S. 171 — bestimme ich mit Wirkung vom 6. Dezember 1916 folgendes:

§ 1. Ausführungsbehörde für die Unfallversicherung von Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst im Ausland, die durch Abs. 1 des § 10 a. a. O. der Unfallversicherung unterstellt sind, ist

1. für die nicht einer deutschen Heeresverwaltung, der Reichs-Marineverwaltung oder der Reichs-Post- und Telegraphenverwaltung unterstehenden Betriebe im Gebiete des Generalgouvernements in Belgien und für die außerhalb des Generalgouvernements gelegenen, zum Geschäftsbereiche des Verwaltungschefs beim Generalgouvernement gehörenden Betriebe

Digitized by Google

der Verwaltungschef beim Generalgouvernement in Belgien,

2. für die nicht einer deutschen Heeresverwaltung, der Reichs-Marineverwaltung oder der Reichs-Post- und Telegraphenverwaltung unterstehenden Betriebe im Gebiete des Generalgouvernements Warschau der Verwaltungschef beim Generalgouvernement Warschau.

§ 2. Sind Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst, für die das Reich Träger der Versicherung ist (§ 10 Abs. 2 Nr. 1 a. a. O.), zu Unrecht bei einer Berufsgenossenschaft versichert, so geht die Versicherung mit dem Tage auf das Reich über, an dem die Ausführungsbehörde (§ 1) oder der Unternehmer der Berufsgenossenschaft oder diese der Ausführungsbehörde die unrichtige Versicherung anzeigt.

2. Bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes, der für die Unfallentschädigung von Betriebsbeamten maßgebend ist (§ 10 Abs. 2 Nr. 3 a. a. O.), gelten als die betriebsübliche Zahl der Arbeitstage stets dreihundert Arbeitstage.

3. Gegen Straffestsetzungen der Ausführungsbehörden (§ 1) auf Grund des § 10 Abs. 2 Nr. 5 a. a. O. in Verbindung mit § 800 der RVO. ist die Beschwerde an das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) zulässig. Dieses entscheidet endgültig.

4. Die Ausführungsbehörden (§ 1) können, um die von den Unternehmern eingereichten Nachweise (§ 10 Abs. 2 Nr. 5 der bezeichneten Verordnung) zu prüfen, durch Beamte die Geschäftsbücher und Listen einsehen, aus denen die Beschäftigung der Hilfsdienstleistenden und die von den Betriebsbeamten verdienten Bezüge hervorgehen. Die Unternehmer sind verpflichtet, den Beamten die Bücher und Listen an Ort und Stelle zur Einsicht vorzulegen. Die Ausführungsbehörden können sie zur Erfüllung dieser Pflicht durch Geldstrafen bis zu dreihundert Mark anhalten.

Bei Pflichtversäumnis eines Unternehmers gilt § 887 Satz 1 der RVO. entsprechend.

Auf Beschwerden entscheidet das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) endgültig.

5. Die nach der Reichsversicherungsordnung den Genossenschaftsvorständen zustehende Befugnis zur Verhängung von Geldstrafen gegen Unternehmer und ihnen Gleichgestellte gilt für die Ausführungsbehörden (§ 1) entsprechend. Auf Beschwerden gegen Straffestsetzungen entscheidet das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) endgültig.

6. Die von den Ausführungsbehörden (§ 1) verhängten Geldstrafen fließen in die Reichskasse.

7. Das Oberversicherungsamt Groß-Berlin ist im Rechtsmittelverfahren auch dann ausschließlich zuständig, wenn es sich nicht um Berufungen oder Beschwerden handelt (§ 10 Abs. 2 Nr. 9 der bezeichneten Verordnung).

8. Im übrigen können — unbeschadet der Befugnis des Reichskanzlers — die Ausführungsbehörden (§ 1) weitere Bestimmungen zur Durchführung der Unfallversicherung (§ 10 Abs. 2 Nr. 2, § 19 der bezeichneten Verordnung) erlassen.

Friedhofsbetrieb einer politischen Gemeinde als Gärtnereibetrieb.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Februar 1917 (2942 Amtl. Nachr. 1917 S. 372).

Eigentümerin des Friedhofs in W. ist die dortige politische Gemeinde. Dieser liegt mithin die Verpflichtung ob, für die Instandhaltung des Friedhofs zu sorgen. Nach einer Auskunft des Gemeindevorstehers wird zwar die Beerdigung der Leichen ohne Zutun der Gemeinde von den Angehörigen der Verstorbenen besorgt, indessen wird die Instandhaltung des Friedhofs von sämtlichen Mitgliedern der Gemeinde im sogenannten „Burdienste" bewirkt. Wenn hiernach auch der Gemeinde durch die Unterhaltung des Friedhofs keinerlei Kosten entstehen mögen, so muß gleichwohl entsprechend dem Antrag der Gärtnerei-Berufsgenossenschaft das Vorliegen eines Friedhofsbetriebs anerkannt werden, dessen Unternehmerin die Gemeinde ist und als dessen Arbeiter die jeweilig zu den Unterhaltsarbeiten herangezogenen Gemeindemitglieder anzusehen sind. Die Verhältnisse liegen in dieser Beziehung ähnlich wie bei Wegebauarbeiten der Gemeinden. In Fällen, in denen die Wegebaulast der Gemeinde selbst, nicht den landwirtschaftlichen Unternehmern kraft öffentlichrechtlicher Verpflichtung obliegt, die Gemeindemitglieder aber Hand- und Spanndienste für die Gemeinde verrichten, hat das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsprechung die Gemeindemitglieder für Arbeiter der Gemeinde erklärt. Führt der zu Diensten Verpflichtete in solchen Fällen die Arbeiten selbst aus, so gibt er damit seine — etwa sonst vorhandene — wirtschaftliche Selbständigkeit insoweit auf; läßt er sie durch seine Leute ausführen, so treten diese versicherungsrechtlich statt seiner in den Dienst der Gemeinde (zu vgl. Handb. der Unfallvers. II S. 433 Anm. 4 zu § 6 Bau-Unfallversicherungsgesetzes). Bei sinnmäßiger Anwendung dieser Grundsätze ist im vorliegenden Falle ein Friedhofsbetrieb der Gemeinde anzunehmen, der auf Grund des § 917 Abs. 1 RVO. bei der Gärtnerei-Berufsgenossenschaft versichert ist.

Digitized by Google

E. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten.

Vom 4. Juni 1917 (RGBl. S. 472).

Auf Grund des § 19 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 171) bestimme ich folgendes:

§ 1. In den Fällen des § 15 Satz 1 der Verordnung vom 24. Februar 1917 ist Ursprungsanstalt im Sinne des § 1418 Satz 3 der RVO. die nach § 15 Satz 2 der Verordnung zuständige Versicherungsanstalt.

§ 2. Im Beschlußverfahren ist das Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt örtlich zuständig, in dessen Bezirk die Versicherungsanstalt ihren Sitz hat.

Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Art. 71 Abs. 2 EinfGes. zur RVO. ist gleichbedeutend mit Invalidität nach § 1255 RVO.

Rev. Entsch. des **Sächs. Landesversicherungsamts** vom 24. Februar 1917 (67 J. L.)

Nach § 1696 Ziff. 3 RVO. ist bei Ansprüchen auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Revision ausgeschlossen, wenn es sich um Witwengeld handelt. Soweit die verw. Tr. Witwengeld verlangt und mit diesem Anspruch abgewiesen worden ist, würde deshalb die von ihr eingelegte Revision unzulässig sein, wenn nicht dem Antrage auf Gewährung von Waisenrente zu entsprechen wäre. Insoweit ist die Revision nach § 1694 in Verbindung mit § 1658 RVO. zulässig. Das Rechtsmittel ist aber auch begründet. In Art. 71 Abs. 2 des Einf. Ges. zur RVO. ist bestimmt, daß die Hinterbliebenen solcher Versicherten, welche am 1. Januar 1912 im Sinne des § 5 Abs. 4 des Invv.-VersGes. dauernd erwerbsunfähig waren und dann verstorben sind, ohne inzwischen die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt zu haben, keinen Anspruch auf Fürsorge nach dem 4. Buche der RVO. haben. Wenn hier von „Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsfähigkeit" die Rede ist, so soll damit kein von der „Invalidität" verschiedener Begriff aufgestellt sein, sondern beide Begriffe decken sich, das ergibt schon der Hinweis auf § 5 Abs. 4 des früheren InvVersGes. Dort wird mit Erwerbsunfähigkeit genau das gleiche ausgedrückt, was jetzt in der Reichsversicherungsordnung (zu vgl. § 1255) mit dem Ausdrucke „Invalidität" bezeichnet wird. Tr. war im Bescheide vom 7. April 1911 als invalid anerkannt; die Feststellung, daß er auch am 1. Januar 1912 erwerbsunfähig war, unterliegt keinem rechtlichen Bedenken. Dagegen ist bei der weiteren Feststellung, daß die Erwerbsunfähigkeit eine dauernde gewesen sei und daß Tr. vor seinem Tode die Erwerbsfähigkeit nicht wieder erlangt habe, nicht genügend berücksichtigt worden, daß er nach den vorliegenden Bescheinigungen vom 12. Oktober 1912 bis zum 17. April 1914 und dann vom 12. Dezember 1914 bis zum 29. Oktober 1915 als Weber beschäftigt gewesen ist, daß er während der ganzen Dauer des Jahres 1913 als Weber gearbeitet und in diesem Jahre den vollen Lohn eines anderen, gleichartigen Fabrikwebers bezogen hat. Daraus geht mit Bestimmtheit hervor, daß Tr. nicht etwa nur den ihm trotz der Invalidität verbliebenen Rest seiner Arbeitsfähigkeit unter besonderen, günstigen Umständen über das gewöhnliche Maß hinaus verwertet, daß er vielmehr vor seinem Tode mindestens für die Dauer eines vollen Jahres seine volle Erwerbsfähigkeit wieder erlangt hatte. Die angefochtene Vorentscheidung verstößt hiernach wider den klaren Inhalt der Akten und unterliegt deshalb der Aufhebung. Nach § 1707 der RVO. ist der Klägerin daher auch das Witwengeld zuzusprechen. Es erscheint angemessen, nach § 1715 RVO. zur Feststellung der Höhe des Witwengeldes und der den Kindern des Tr. nach § 1259 RVO. zu gewährenden Waisenrente die Sache an die Landesversicherungsanstalt zurückzuverweisen.

F. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Angestelltenversicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten.

Vom 25. Mai 1917 (RGBl. S. 435).

Auf Grund des § 19 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 171) bestimme ich folgendes:

§ 1. Für Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst, die in den von deutschen Truppen besetzten ausländischen Gebieten ausgeführt werden, bestimmen die Generalgouverneure oder der General-

Digitized by Google

quartiermeister oder die von ihnen beauftragten Stellen für ihren Geschäftsbereich, wer

1. nach § 2 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte den Wert der Sachbezüge festzusetzen,
2. nach § 54 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Bescheinigungen für Krankheitszeiten auszustellen

hat. Dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte wird mitgeteilt, wem die Erledigung dieser Aufgaben übertragen ist.

§ 2. Als Ausgabestellen für die Aufnahme- und Versicherungskarten (§ 194 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) werden für das besetzte Gebiet

1. in Belgien die Ausgabestelle der Angestelltenversicherung in Aachen (Neues Rathaus),
2. in Frankreich die Ausgabestelle der Angestelltenversicherung (I. Polizeirevier) in Metz,
3. in Rußland die Ausgabestelle der Angestelltenversicherung in Posen (Sapiehaplatz 9, I),
4. in Rumänien die Ausgabestelle der Angestelltenversicherung in Berlin (Klosterstr. 65)

bestimmt.

Anträge auf Ausstellung und Erneuerung von Versicherungskarten sind aus den betreffenden besetzten Gebieten an diese Ausgabestellen unmittelbar zu richten. Es steht den Antragstellern in Zweifelsfällen frei, mit dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf (Hohenzollerndamm 193/195) ins Benehmen zu treten.

§ 3. Für die Abführung der Beiträge zur Angestelltenversicherung wird, soweit der übliche Postscheckverkehr (Bekanntmachung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, betreffend die Beitragsentrichtung für die Angestelltenversicherung vom 24. Mai 1912, Amtliche Nachrichten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 1913 S. 46) nicht möglich ist, folgendes bestimmt:

1. Die Beiträge sind unter der Adresse: Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin-Wilmersdorf, mittels Postanweisung einzuzahlen, und zwar monatlich zum 10. des auf den Beitragsmonat folgenden Monats.
2. Der Postanweisungsabschnitt, welcher der Reichsversicherungsanstalt verbleibt, muß den Arbeitgeber oder die Dienststelle, die den Versicherten beschäftigt, deutlich bezeichnen. Dies gilt auch dann, wenn eine andere Dienststelle die Beiträge abführt.
3. Hat die Reichsversicherungsanstalt die dem Konto des Arbeitgebers erteilte Buchungsnummer mitgeteilt, so ist diese auf dem Postanweisungsabschnitte jedesmal zu vermerken. Bis dahin ist auf dem Abschnitt

   bei Sendungen aus Belgien Buchungsbezirk 1,
   „ „ „ Frankreich „ 31,
   „ „ „ Rußland „ 36,
   „ „ „ Rumänien „ 2,

   anzugeben.

   Auf der Rückseite des Postanweisungsabschnitts ist zu vermerken, wie sich der eingezahlte Betrag aus vollen und halben Beiträgen nach den 9 Gehaltsklassen A bis J und aus Beitragszahlungen nach § 177 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zusammensetzt, und ob eine Übersicht abgesandt ist oder Änderungen gegen den Vormonat nicht eingetreten sind.
4. Gleichzeitig mit der Abführung der Beiträge ist an das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte eine Übersicht nach dem Muster R. f. A. II Nr. 3 einzusenden. Vordrucke zu dieser Übersicht werden von dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte kostenlos zur Verfügung gestellt.

   Sind Veränderungen gegen den Vormonat nicht eingetreten, so bedarf es einer neuen Übersicht nicht, es genügt vielmehr ein Vermerk auf dem Postanweisungsabschnitt: „Änderungen gegen den Vormonat . . . . . 191 . . nicht eingetreten."

§ 4. Als inländische Behörde im Sinne des § 229 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gilt auch jede Behörde, die vom Deutschen Reich in besetzten Gebieten eingesetzt ist und behördliche Aufgaben einer deutschen Behörde erledigt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die ermäßigte Postgebühr für Geschäftspapiere gilt nicht für geschäftliche Mitteilungen.

In der „Juristischen Wochenschrift" teilt ein Rechtsanwalt folgenden Bescheid der Oberpostdirektion Schwerin (Meckl.) v. 11. April 1917 mit: „Das anliegende Kostenfestsetzungsgesuch ist zwar geschäftlichen Inhalts, entspricht aber nicht den im § 9 der Postordnung vom 20. März 1900 (ZBl. f. d. D. R. Nr. 12 S. 53) für Geschäftspapiere vorgeschriebenen Bedingungen, weil es die Eigenschaft eines eigentlichen und persönlichen Schriftwechsels hat. Die Versendung als Geschäftspapier war daher nicht zulässig. Die in dem von Ihnen angezogenen Aufsatz in Nr. 3 der JW. aufgeführten „Gesuche um Erlassung von Zahlungs- und Vollstreckungsbefehlen und um Festsetzung der Prozeßkosten" sowie „Benachrichtigungen an Parteien von Mandatsannahme" usw. können gegen die ermäßigte Gebühr für Geschäftspapiere nicht versandt werden, weil sie als Geschäftsbriefe anzusehen sind. Der Verfasser des Aufsatzes geht von falschen Voraussetzungen aus. Ein Anlaß, in der

Digitized by Google

Angelegenheit die Entscheidung des Reichspostamts herbeizuführen, liegt nicht vor." — —

Die Frage geht auch uns und unsere Leser an. Akten dürfen als „Geschäftspapiere" versandt werden. Uns gehen aber gelegentlich Akten mit einem Ersuchen um Rechtsauskunft zu, die als Geschäftspapiere bezeichnet und unzulänglich postfrei gemacht sind. Das ist unzulässig, weil das Ersuchen um Auskunft ein Geschäftsbrief ist. Ebenso können wir die Auskunft nicht zugleich mit den Akten als Geschäftspapiere versenden.

Wünsche zur sozialen Versicherung.

Beim Reichstag geht fortgesetzt eine große Zahl von Petitionen ein. Vielfach handelt es sich um ganz vernünftige Anregungen, häufig aber auch um unerfüllbare Wünsche, die dem oft vorhandenen Glauben entspringen, der Reichstag könne alles. Die Verzeichnisse 12 bis 15 der beim Reichstag in der gegenwärtigen Session eingegangenen Petitionen umfassen rund 1300 Eingaben, die etwa im letzten halben Jahr eingereicht worden sind. Ein Teil von ihnen berührt auch die soziale Versicherung; sie seien deshalb hier herausgegriffen.

Der Rheinisch-Westfälische Verband Evangelischer Arbeitervereine in Eichlinghofen, Kreis Hörde, bittet, den § 1322 RVO. (Ermäßigung der Unterstützungen der Knappschaftsvereine neben den reichsgesetzlichen Bezügen) aufzuheben und dem Gesetz vom 12. Juni 1916, soweit es sich um die Erhöhung der Waisenrente handelt, rückwirkende Kraft vom 1. Januar 1912 oder 1. August 1914 an zu geben. — Die Vertreter der Landesversicherungsanstalt Elsaß-Lothringen (Th. Schlumberger und Gen.) in Straßburg und die Vertreter im Vorstand und Ausschuß der Landesversicherungsanstalt für die Oberpfalz und Regensburg in Regensburg bitten um Erhöhung der Hinterbliebenenbezüge. — Der Mitteldeutsche Gau des Verbandes Deutscher Handlungsgehilfen zu Leipzig in Magdeburg und die Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes Deutscher Handlungsgehilfen „Ersatzkasse" zu Leipzig, Verwaltungsstelle Königsberg, bitten, den Anträgen des Ortskrankenkassenverbandes auf Beseitigung der Ersatzkassen keine Folge zu geben. — Die Krankenkasse Germania in Altona und Gen. bitten um Änderung der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung für die Ersatzkassen (Aufnahme der Ersatzkassen als Versicherungsträger). — Laubinger in Stettin überreicht Vorschläge für eine Abänderung der §§ 37, 1252, 1253, 1280, 1444 RVO. (Erhaltung der Anwartschaften). — Alfred Wagner in Leipzig bittet, die Arbeitgeber zur Zahlung der Zwangsversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer zu verpflichten sowie allgemein eine wöchentliche Lohnzahlung für Angestellte und Arbeiter und eine Höchstarbeitszeit von wöchentlich 50 Stunden einzuführen. — Der Beamtenverein E. V. in Memel bittet, den während des Krieges dienstuntauglich gewordenen, im Kriegsgebiet des Deutschen Reiches tätig gewesenen Beamten und ihren Hinterbliebenen die Wohltaten des Unfallfürsorgegesetzes zu gewähren und die Kriegsjahre für die Ruhegeldfestsetzung und Witwen- und Waisengeldberechnung doppelt anzurechnen. — Über diese Fragen läßt sich noch reden; unzuständig ist aber natürlich der Reichstag, wenn z. B. Heinrich Sprockamp in Gelsenkirchen um Gewährung von Krankengeld und August Steckel in Malchow um Erhöhung der Altersrente bittet oder August Körner in Meschede Beschwerde in seiner Unfallrentenangelegenheit führt, oder Justine Frost in Eylau um Wiederaufnahme eines Verfahrens in einer Witwenrentenangelegenheit bittet. Solcher Anliegen, namentlich in Unfallversicherungssachen, werden eine ganze Anzahl aufgeführt.

Eine Reihe Anregungen hängen mit der Bevölkerungspolitik zusammen. Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene in Karlsruhe bittet um Aufrechterhaltung der Wochenhilfe nach dem Kriege und strenge Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten. Der Verein Landkinderheim in Feldberg bittet um Gewährung von Beihilfen zwecks Gründung kinderreicher Arbeiterfamilien auf dem Lande. Der Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen überreicht Vorschläge für die Ausgestaltung der Reichswochenhilfe. Der Verein Frauenwohl Groß-Berlin bittet um Wiederherstellung des Arbeiterinnenschutzes für Schwangere, Wöchnerinnen und Mütter von Säuglingen. Die Vereinigung Deutscher Hebammen in Berlin bittet um Erlaß eines deutschen Hebammengesetzes.

Meist werden die Eingaben dem „Herrn Reichskanzler als Material" übergeben, häufig auch zur „Erwägung". Fruchtlos sind sie trotz alledem nicht, denn sie liefern Einblicke in die Wirkungen der vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen.

Petitionen zur Angestelltenversicherung.

Der Ausschuß für Petitionen des Reichstages hatte sich im Mai d. Js. mit einigen Petitionen zum Angestelltenversicherungsgesetz zu beschäftigen. Sie betrafen die Versicherungspflicht von Angestellten von Konsumvereinen und Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften. Die eine Eingabe ging vom Zentralverband der Handlungsgehilfen aus. Das Schiedsgericht für Angestelltenversicherung habe (Aktenzeichen B. 148) entschieden, daß die Verkäuferinnen eines in Form einer eingetragenen Genossenschaft bestehenden Konsumvereins nicht als Handlungsgehilfen anzusehen und daher auch nicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig seien. Dieser Standpunkt widerspreche den Auffassungen des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, des Rentenausschusses wie auch der beteiligten Arbeitgeber und Angestellten. Das Gesetz erkläre in § 1 Ziff. 3 alle „Handlungsgehilfen" als versicherungspflichtig. Dazu gehörten auch die Verkäuferinnen eines Konsumvereins, wie die Kaufmannsgerichte wiederholt entschieden hätten. Das Schiedsgericht wolle jene Verkäuferinnen in Gemäßheit einer Entscheidung des Oberschiedsgerichts um deswillen nicht als Handlungsgehilfen anerkennen, weil in der Begründung des Angestelltenversicherungsgesetzes gesagt ist, daß sich aus § 59 des Handelsgesetzbuches ergebe, wer als Handlungsgehilfe zu gelten habe. Die Genossenschaftsverkäuferinnen seien aber nicht auf Grund jenes § 59, sondern erst in Gemäßheit des § 17 des Genossenschaftsgesetzes als Handlungsgehilfen anzusehen. Bei Schaffung des Angestelltenversicherungsgesetzes habe niemand an eine solche Unterscheidung gedacht. Da die Entscheidung des Schiedsgerichts endgültig sei, werde um den baldigen Erlaß eines Gesetzes gebeten, durch das die frühere Rechtslage wieder hergestellt und die von den Verkäuferinnen erworbenen Rechte gesichert werden.

In einer von der Freien Vereinigung für die soziale Versicherung der Privatangestellten ausgehenden Eingabe handelt es sich um einen ähnlichen

Digitized by Google

Fall. Das Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung habe in einer grundsätzlichen Entscheidung (siehe „Die Angestelltenversicherung" 1915 S. 176) die Handlungsgehilfeneigenschaft der Angestellten einer eingetragenen Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaft verneint. In den Entscheidungsgründen sei gesagt, die Genossenschaften betreiben, da sie keine Gewinnzwecke verfolgen, sondern nur die Wirtschaft ihrer Mitglieder zu fördern bestrebt sind, kein Handelsgewerbe und seien daher keine Handelsgesellschaften im Sinne des § 6 Abs. 1 des Handelsgesetzbuches. Ihre Angestellten seien daher auch keine Handlungsgehilfen. Durch diese Entscheidungen seien die nachgeordneten Instanzen genötigt, künftig in allen Streitfällen entsprechend zu verfahren. Eigentlich müßten daraufhin die laufenden Versicherungen solcher Angestellten aufgehoben werden. Das stünde aber alles im offenkundigen Widerspruch mit dem Willen des Gesetzgebers. Da es nicht möglich sei, die Entscheidung durch Maßnahmen der Versicherten zu beseitigen, sei eine Ergänzung des Gesetzes nötig.

Der Berichterstatter des Petitionsausschusses stellte sich auf den Standpunkt der Eingaben. Die Verkäuferinnen vollbrächten in den Konsumvereinen dieselben geschäftlichen Funktionen, wie andere Handlungsgehilfinnen. Sie verkauften ihre Arbeitskraft den Konsumvereinen und bekämen dafür ihr Gehalt. Wenn der Spruch des Oberschiedsgerichts bestehen bleibe, könnten sich recht eigentümliche Zustände entwickeln. Mit derselben Begründung könnten auch andere Angestellte in Konsumvereinen, die im Kontor usw. beschäftigt seien, als nichtversicherungspflichtig erklärt werden.

Der Regierungskommissar gab eine Erklärung ab, nach der die Eingaben die Tragweite der in Frage kommenden Entscheidung des Oberschiedsgerichts verkennen. Wie der Tatbestand ergebe, handelte es sich um eine Person, die in der Hauptsache ein selbständiges Geschäft betreibe und nur nebenher bei einer Genossenschaft als Kontrolleur tätig sei. Die Versicherungspflicht wurde verneint, 1. weil die Genossenschaft kein Handelsgewerbe sei, sondern eine Spareinrichtung ohne Erwerbszwecke, 2. weil die Beschäftigung des Kontrolleurs bei der Genossenschaft nicht seinen Hauptberuf bilde. Die Entscheidung des Oberschiedsgerichts verneine hiernach lediglich die Versicherungspflicht von Genossenschaftsangestellten, die im Nebenberuf tätig sind, lasse aber die Frage nach der Versicherungspflicht solcher Angestellten, die im Hauptberuf tätig sind, wie der Verkäuferinnen in Konsumvereinen, ausdrücklich offen. Es liege hiernach kein Anlaß zum gesetzlichen Eingreifen vor. Der Petitionsausschuß war einmütig der Ansicht, daß die im Hauptberuf in Konsumvereinen beschäftigten Verkäuferinnen unter die Angestelltenversicherung fallen müssen. Der Ausschuß könne aber nicht die Eingaben dem Reichskanzler zur Berücksichtigung überweisen, weil ihr Wortlaut auseinandergehe und die Forderungen zu unbestimmt seien. Es wurde daraufhin beschlossen, die Eingaben dem Reichskanzler zur Erwägung zu überweisen. — Damit ist klargestellt worden, daß die eingangs erwähnte Entscheidung des Schiedsgerichts hinsichtlich der Verkäuferinnen in Konsumvereinen nicht die Billigung der gesetzgebenden Stellen findet. Es wird aber auch das Oberschiedsgericht seine Ansichten einer erneuten Prüfung enterziehen müssen.

Der Kampf um die Verschmelzung der Angestelltenmit der Invalidenversicherung

scheint nun auf der ganzen Linie zu entbrennen. Äußerungen im Sinne der Befürwortung solcher Verschmelzung sind in ArbVers. 1916 S. 522, 641 und 1917 Heft 5 S. 115, Heft 17 S. 407 mitgeteilt. Jetzt rührt man sich auch auf der anderen Seite.

Der Verwaltungsrat, dessen Aufgabe es ist, das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt bei Vorbereitung wichtiger Beschlüsse gutachtlich zu beraten (§ 108 AngestVersGes.), hat am 8. Mai 1917 folgende Entschließung gefaßt:

„Der Verwaltungsrat stellt mit Befriedigung fest, daß sich die Angestelltenversicherung auch während des Krieges in erfreulicher geldlicher Entwicklung befindet. Er erkennt an, daß die Reichsversicherungsanstalt innerhalb des Rahmens der gesetzlichen und versicherungstechnischen Möglichkeiten in segensreicher Weise darauf hingewirkt hat und weiter hinwirkt, ihren Versicherten, deren Angehörigen und insbesondere den Kriegsteilnehmern soziale Hilfe und Förderung zu gewähren.

Nachdem sich die Angestelltenversicherung als selbständige Einrichtung in solcher Weise bewährt hat, sieht sich der Verwaltungsrat veranlaßt, die neuerlich hervorgetretenen Bestrebungen auf Zusammenlegung der Angestelltenversicherung und Invalidenversicherung mit aller Entschiedenheit abzulehnen. Derartige Versuche verdienen schon deshalb scharfe Zurückweisung, weil ihre Verwirklichung zu einer sehr erheblichen Verschlechterung der Versicherungsrechte und Ansprüche der Angestellten führen würde, wie es in der Begründung des vom Bundesrat vorgelegten Entwurfs des Versicherungsgesetzes für Angestellte seinerzeit nachgewiesen worden ist. Die erstrebte Umwandlung ist aber auch aus dem Grunde zu verwerfen, weil sie im Hinblick auf die vorgeschrittene Durchführung des bisherigen Gesetzes die größten technischen Schwierigkeiten und geldlichen Schädigungen mit sich bringen würde.

Der Verwaltungsrat erwartet deshalb vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt, daß es die Gefährdung der wertvollen Angestelltenversicherung durch die Bedrohung ihrer Selbständigkeit nachdrücklich bekämpft und bei den gesetzgebenden Körperschaften gegen jene Zusammenlegungswünsche Verwahrung einlegt."

Anscheinend kann die Richtung, die durch diesen Beschluß bezeichnet wird, es als einen einstweiligen, freilich noch lange nicht entscheidenden Erfolg begrüßen, daß nach einer Bekanntmachung im Reichsanzeiger der Kaiser dem Mitgliede des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Geheimen Oberregierungsrat Dr. Beckmann, den Charakter als Vizepräsident des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt verliehen und die Mitglieder des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt, Geheimen Regierungsräte Haenel und Dr. Rothgangel zu Geheimen Oberregierungsräten ernannt hat.

Hierauf bezieht sich folgende, dem „Berl. Tagebl." zugegangene Zuschrift: „Im Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin ist jetzt die Stellung eines Vizepräsidenten neu geschaffen worden. „Nur zwei Reichsbehörden, das Direktorium der Reichsbank und der Oberrechnungshof für das Deutsche Reich hatten," heißt es in einer Berliner Zeitung, „bisher einen Vizepräsidenten

Digitized by Google

aufzuweisen. Zu ihnen ist jetzt als dritte Reichsbehörde, ihrer Bedeutung entsprechend, das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt hinzugetreten."

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte figuriert als die vierundzwanzigste unter den dem Reichsamte des Innern nachgeordneten Behörden, zu denen auf dem Gebiet des Versicherungswesens auch das Reichsversicherungsamt und das Aufsichtsamt für Privatversicherung zählen. Die Reichsversicherungsanstalt untersteht nicht nur unmittelbar dem Reichskanzler, der nur in einzelnen Beziehungen direkt eingreifen kann, sondern sie untersteht auch dem Reichsamt des Innern, wie im Handbuch für das Deutsche Reich von 1914 ausdrücklich vermerkt ist. Schon deswegen ist sie bureaukratisch den lediglich dem Reichskanzler unterstellten beiden zum Vergleich herangezogenen Behörden nicht gleichgeordnet. Noch weniger ist das an innerer Bedeutung der Fall. Denn die Reichsanstalt ist inhaltlich nichts anderes als eine auf das geographische Gebiet des Reiches ausgedehnte Landesversicherungsanstalt. Versicherungstechnisch gewährt sie für gesetzlich fixierte Beiträge gesetzlich fixierte Renten, ihr Geschäftsbetrieb ist also an sich unvergleichlich viel einfacher als derjenige der Privatversicherungsgesellschaften, die dem Aufsichtsamt unterstehen.

Deshalb war ja von Anfang an von weiten Kreisen heftiger Widerstand gegen die Schaffung einer besonderen neuen Reichsanstalt und die Forderung nach Eingliederung der Angestelltenversicherung in die allgemeine Reichssozialversicherung erhoben worden.

Eben jetzt ist von dem Direktor im Statistischen Amt, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher, eine erneute eingehende Untersuchung dieser Frage in der „Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft" (Band 17, Heft 4) gemacht worden. Dort wird einerseits auf das verfehlte der künstlichen Bildung eines besonderen „Standes der Angestellten" und dessen Herausnahme aus der allgemeinen Sozialversicherung, ferner auf die inneren Schwierigkeiten sowie auf die ungeheuren Kosten hingewiesen, die durch diese Sonderorganisation erwachsen und angesichts der starken Verschuldung des Reichs- wie der kommenden schwierigen Wirtschaftslage doppelt schwer zu ertragen sein werden. Allein für das auf 3000 Beamte berechnete Verwaltungsgebäude sind 10 Millionen Mark veranschlagt worden. Schließlich wird von dem sachkundigen Verfasser die schleunige Aufhebung der Reichsversicherungsanstalt, die Übertragung ihrer Aufgaben bezirksweise auf die Träger der Invalidenversicherung, die Eingliederung des Verfahrens in die Organisationen der Reichsversicherungsordnung und der Übergang der Aufsicht über die Durchführung der Angestelltenversicherung auf das Reichsversicherungsamt gefordert.

Wir müssen gestehen, daß für uns nach der Lektüre der Zacherschen Schrift schwer zu begreifen ist, wie man es jetzt unternehmen konnte, durch einen weiteren Ausbau der Reichsanstalt das durch ihre Errichtung hervorgerufene Wirrsal der Organisation noch besonders zu schützen und zu stärken."

Neben den Bestrebungen, die auf völlige Eingliederung der Angestelltenversicherung in die Invalidenversicherung gerichtet sind, machen sich auch vermittelnde Bestrebungen geltend, die wegen der erheblichen Schwierigkeiten der Wiederaufhebung der für die Angestelltenversicherung geschaffenen besonderen Einrichtungen sich mit Maßnahmen zur Beseitigung der schwersten, mit dem Nebeneinanderbestehen beider Versicherungsorganisationen bestehenden Mißstände abzielen. So befürwortet z. B. Landesrat Illing, Lübeck, im Zentralbl. der Reichsversicherung 1917 Sp. 411 ff. (neben Änderungen des Heilverfahrens § 30 ff. AngestVersGes.) eine Gesetzesänderung, durch welche die besonderen Spruchinstanzen der Angestelltenversicherung aufgehoben und den nach der Reichsversicherungsordnung bestehenden Instanzen (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichsversicherungsamt) übertragen werden.

Wirkungen der Reichswochenhilfe.

Durch die Bundesratsverordnungen über die Kriegswochenhilfe sind die früher von den Krankenkassen nur vereinzelt gewährten Stillgelder zur allgemeinen Einrichtung geworden. Ihr Zweck, die Neigung der Mütter, ihre Kinder selbst zu stillen, zu steigern, ist nach statistischen Feststellungen in weitgehendem Maße erreicht worden. Soweit solche vorliegen, ist zunächst bemerkenswert, daß die Reichswochenhilfe eine weit stärkere Inanspruchnahme der Säuglingsfürsorgestellen brachte. Man fürchtete anfänglich, daß stillende Frauen nun diesen Fürsorgestellen fernbleiben würden, wenn nicht auch diese ihre Stillbeihilfen weiterzahlen. Das hätte zur Folge gehabt, daß in solchen Fällen die wichtige gesundheitliche Beaufsichtigung der Säuglinge, die von den Fürsorgestellen ausgeübt und eigentlich als Hauptsache angesehen wird, aufgehört hätte. Verhütet wurde das dadurch, daß die Krankenkassen bei der ihnen übertragenen Durchführung der Reichswochenhilfe mit den Säuglingsfürsorgestellen in den meisten großen Städten zusammenarbeiten. Unter den von den Säuglingsfürsorgestellen neu aufgenommenen Kindern ist der Anteil der Brustkinder stark gestiegen; so in Berlin von 56 v. H. vor dem Kriege auf 65 v. H. im Jahre 1915.

Am erfreulichsten ist der Einfluß des Stillgeldes auf die Säuglingssterblichkeit. Das Berliner Statistische Amt gruppiert jeden Monat die gestorbenen Säuglinge nach der Ernährungsweise. Es ergibt sich hier, daß unter je 100 gestorbenen Säuglingen in den Jahren 1914: 12,9, 1915: 14,9, 1916: 16,1 mit Muttermilch ernährt waren. In diesem Falle ist die Zunahme deshalb erfreulich, weil sie zeigt, daß unter den lebenden Säuglingen die Brustkinder sich stark vermehrt haben. Die Brustkinder sind an der Säuglingssterblichkeit überhaupt nicht stark beteiligt, und zwar viel weniger, als es ihrem Anteil an der Gesamtzahl der lebenden Säuglinge entspricht. Bemerkenswert ist die Gliederung der Säuglingssterbefälle nach Lebensmonaten. Ein großer Teil der Kinder stirbt schon nach wenigen Lebenstagen oder Lebenswochen wieder weg. In 1914, 1915, 1916 waren in Berlin unter den im ersten Lebensmonat gestorbenen Säuglingen 20,6, 22,2, 22,4 v. H. mit Muttermilch ernährte. Hier ist zwar eine Steigerung eingetreten, aber nur eine mäßige. Dagegen waren die mit Muttermilch ernährten Säuglinge unter den Gestorbenen des zweiten Monats in den drei Jahren 21,3, 24,9, 28,7 v. H., unter denen des dritten Monats 10,3, 16,3, 25,3 v. H., unter denen des vierten Monats 7,4, 9,7, 12,6 v. H. Bei den weiteren Lebensmonaten sind die mit Muttermilch ernährten Kinder unter den Gestorbenen so spärlich, daß von ihnen abgesehen werden kann. Was lehren nun diese Zahlen? Das Stillgeld hat offenbar bewirkt, daß vielen Kindern, die sonst kaum über den ersten Monat hinaus gestillt worden wären, diese Wohltat noch einige

Digitized by Google

Monate länger erhalten blieb. Früher galt es zwar auch vielen Müttern als Pflicht, ihr Neugeborenes wenigstens einige Wochen hindurch zu stillen. Aber nur zu oft wurde schon bald dem Kinde die Brustnahrung wieder entzogen, hauptsächlich deshalb, weil die Mutter sich nicht in der Erwerbstätigkeit beeinträchtigen lassen wollte. Hier hat die Kriegswochenhilfe es diesen Müttern erleichtert, den Übergang zur Ernährung mit Tiermilch hinauszuschieben. Verkehrt wäre es, die festgestellte Steigerung des Anteils der Sterbefälle von Muttermilchkindern im entgegengesetzten Sinne deuten zu wollen. Sie läßt nur erkennen, wie sehr bei den lebenden Säuglingen die Ernährung mit der Mutterbrust zugenommen hat. Das tritt deutlich hervor, wenn wir die Ziffern über die Säuglingssterblichkeit an sich betrachten und sehen, daß diese erheblich abgenommen hat.

Im Hauptausschuß des Reichstages machte der Staatssekretär Dr. Helfferich u. a. folgende Mitteilungen über die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren. Es betrug das Verhältnis der im ersten Lebensjahr Gestorbenen zu der Gesamtzahl der Gestorbenen in den sechs Jahren von 1911 bis 1916: 29,7, 24,6, 24,8, 22,7, 13.4, 11,5 v. H. Allerdings erscheinen diese Zahlen günstiger, als sie in Wirklichkeit sind, weil die Zahl der Sterbefälle von Erwachsenen infolge des Krieges gestiegen ist. Die günstigen Zahlen werden auch durch eine andere Statistik bestätigt, die für die Orte mit mehr als 15 000 Einwohnern vorliegt und die Zahlen gesondert nach den Monaten bringt. Hiernach verminderte sich die Zahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder von 25 3 v. H. im Juli 1911 auf 12.6 v. H. im Juli 1916, und von 48.1 v. H. im August 1911 auf 14,9 v. H. im August 1916. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die Säuglingssterblichkeit in den Monaten Juli und August des heißen Sommers besonders groß war. Aber auch gegenüber normalen Friedenszeiten ist die Säuglingssterblichkeit zurückgegangen, so z. B. von 17,6 v. H. im Juni 1910 auf 11,2 v. H. im Juni 1916. Diese Ziffern sind auch unbeeinflußt von der überhaupt gestiegenen Gesamtsterblichkeit. Dabei sei nicht unerwähnt gelassen, daß die Ergebnisse um so höher zu bewerten sind, als die Schwierigkeit der Ernährungsverhältnisse und die vermehrte Erwerbsarbeit der Mütter eigentlich eine erhöhte Säuglingssterblichkeit hätte erwarten lassen.

Diese günstigen Wirkungen des Stillgeldes sind der beste Beweis für die Notwendigkeit des weiteren Ausbaues der Reichswochenhilfe und ihrer Übernahme in die Friedenszeit.

Jahresvergütungen für ehemalige Trinker.

Die Landesversicherungsanstalt Pommern hat nach dem Vorgang der Versicherungsanstalt Rheinprovinz bereits seit einigen Jahren eine segensreiche Einrichtung getroffen: den an eine selbständige Trinkerfürsorgestelle angeschlossenen Enthaltsamkeitsvereinen und ebenso unter gewissen Bedingungen den Guttemplerlogen kann für jeden versicherten ehemaligen Trinker auf jedes volle Kalenderjahr seiner Zugehörigkeit zu einem solchen Verein ein Jahresbeitrag von 10 ℳ gewährt werden. Daß die von richtigem sozialen Verständnis zeugende Maßnahme sich bewährt, kommt u. a. in der Steigerung der tatsächlich zur Auszahlung gelangten Jahresvergütungen („Enthaltsamkeitsprämien") zum Ausdruck: in den Jahren 1912 bis 1916: 200, 390, 620, 890, 840 ℳ. Auch für die zum Heeresdienst einberufenen Mitglieder wurde die Vergütung bezahlt, wenn und soweit man die Überzeugung gewann, daß sie der Sache treu geblieben sind.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Krankenpflege im Sinne des § 182 RVO. oder vorbeugende Kur?

1. Nach Dudweiler. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse hat, jedenfalls durch angeborene Anlage, eine starke Rückgratverkrümmung. Es gibt an, daß dieses Leiden jedes Jahr eine Kur in einem orthopädischen Heilinstitut erforderlich mache. Nebenbei werden noch kohlensaure Bäder genommen. Jedes Jahr im Frühjahr geht das Mitglied auf 14 Tage bis 3 Wochen in die Heilanstalt, um nach beendigter Kur der Kasse die Kostenrechnung für orthopädisches Turnen und kohlensaure Bäder zu unterbreiten. Außerdem wird für diese Zeit das Krankengeld gefordert. Seither hat die Kasse diese Kosten auch getragen. Im vergangenen Jahre jedoch beschloß der Vorstand, die Kosten für die Zukunft abzulehnen, weil es sich um ein Dauerleiden handle, welches selbst durch Anwendung derartiger Kuren niemals zu heilen sei. Es könne sich also nur um einen Versuch, Erholungsurlaub auf Kosten der Kasse zu erlangen, handeln, wie er leider so oft von Badnerinnen gemacht wird. Die Ärzte bescheinigen allerdings, daß die Kur dienlich und sogar erforderlich wäre, aber es kann doch unmöglich von einer Krankheit gesprochen werden, für die die Kasse einzutreten hat. Wir bitten um Mitteilung Ihrer Ansicht.

Antwort: Daß es sich um ein im medizinischen Sinne dauerndes, unheilbares Leiden handelt, ist für die Frage der Leistungspflicht der Kasse ohne Belang (zu vgl. Entsch. des preuß. OVG. 27 S. 345). Die Kasse hat die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren, wenn, sei es auch auf der Grundlage einer angeborenen und nicht zu beseitigenden Mißbildung, ein Zustand eintritt, der Krankenpflege

Digitized by Google

erfordert oder Arbeitsunfähigkeit bedingt (Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne). Dabei ist aber nur an Krankenpflege zum Zwecke der Heilung oder Milderung des krankhaften Zustandes zu denken; eine nur vorbeugende, auf Erholung und Kräftigung oder auf Verhütung des Eintritts einer Krankheit (im versicherungsrechtlichen Sinne) abzielende Kur zu gewähren, liegt außerhalb der Aufgaben der Krankenkasse. In dieser Richtung drängen sich im vorliegenden Falle Bedenken auf, über die sich die Ärzte näher aussprechen müssen. Sie werden sagen müssen, ob wirklich alljährlich mit solcher Pünktlichkeit zu einer bestimmten Zeit eine solche Änderung des dauernden Leidens eintritt, daß das Mitglied eines Heilverfahrens bedarf, welches zugleich Arbeitsunfähigkeit bedingt, oder ob die Kur nur bezweckt, einer Verschlimmerung des Leidens, insbesondere dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Im letzteren Falle würde der Anspruch abzulehnen sein.

Nachweisung der Zinsen im Rechnungsabschluß.

2. Nach Schwelm. Antwort: Ausdrücklich besagt auch die Zusammenstellung von Bemerkungen des Statistischen Amts in ArbVers. 1916 S. 547 zu Kapitel 1, daß die der Kasse zufließenden Zinsen im Kap. 1 in Einnahme zu buchen sind; ausgenommen wird nur der Fall, wenn die Zinsen „unmittelbar dem Kapital zugeschrieben werden", alsdann genügt die Aufnahme in den Vermögensnachweis. Ein solcher Ausnahmefall lag unserer Auskunft nicht zugrunde. Sie scheinen anzunehmen, daß der Ausnahmefall immer gegeben ist, wenn die Kasse rechnungsmäßig die Zinsen einem bestimmten Kapitalbetrage, insbesondere der Rücklage zuschreibt. Das ist aber irrig. Gemeint sind vielmehr solche Anlagen, bei denen das Kapital von selbst um die nicht abgehobenen Zinsen wächst; das ergibt sich aus dem vom Statistischen Amt angeführten Beispiel des Sparkassenbuches, in welchem vom Schuldner die Zinsen unmittelbar dem Kapital zugeschrieben werden.

Zur Kranken- und Unfallversicherung feindlicher Ausländer.

3. Nach Tirschenreuth. Antwort: Die Kasse durfte die Krankenhilfe von der 14. Woche nach dem Betriebsunfall nicht deshalb verweigern, weil von da ab die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung verpflichtet war. Die Kasse könnte dann aber Ersatz von der Berufsgenossenschaft gemäß §§ 1501 ff. RVO. beanspruchen. Noch viel weniger würde die Beitragspflicht der Kasse fortfallen, wenn die Berufsgenossenschaft nicht zur Entschädigung verpflichtet wäre. Irrig ist jedoch die Ansicht, daß allgemein während des Krieges feindliche Staatsangehörige nicht der Kranken- und der Unfallversicherung unterlägen. Diese setzen freilich ein freies Arbeitsverhältnis voraus. Ein solches liegt aber in der Regel nur bei solchen feindlichen Staatsangehörigen nicht vor, die umfassenden Aufenthaltsbeschränkungen durch die Behörden unterliegen und daher auch in der Wahl ihrer Beschäftigung wesentlich beschränkt sind. Daher nahm bisher die herrschende Meinung an, daß solche Personen nicht als freie Arbeiter betrachtet werden könnten und daher nicht der Kranken- oder der Unfallversicherung unterlägen. (Vgl. z. B. Entscheidung des RVA. in der ArbVers. 1916 S. 776.) In dem geschilderten Fall handelte es sich um einen Italiener. War er derartigen Freiheitsbeschränkungen unterworfen, was wahrscheinlich ist, so unterlag er weder der Kranken-, noch der Unfallversicherung, und die Kasse war überhaupt nicht zur Gewährung der Krankenhilfe verpflichtet. Der Krankheitsfall trat am 14. September 1916 ein. Inzwischen hat sich freilich die Rechtslage geändert. Eine Bundesratsverordnung vom 2. November 1916, die am 20. November 1916 in Kraft getreten ist, bestimmt, daß diejenigen seit Beginn des gegenwärtigen Krieges in Deutschland befindlichen Angehörigen feindlicher Staaten, welche als solche durch Anordnung deutscher Behörden in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt und deshalb als unfreie Personen nicht nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind, diesen Vorschriften unterstellt werden. (ArbVers. 1916 S. 793 ff.) Eine ähnliche Verordnung ist für die Unfallversicherung mit Wirkung vom 1. Januar 1917 erlassen worden. (ArbVers. 1917 S. 280.) Für den geschilderten Fall kommen aber diese beiden Verordnungen, die erst später in Kraft getreten sind, nicht zur Anwendung.

Auch ohne Entgelt beschäftigte Lehrlinge haben Anspruch auf Krankengeld bei einem Betriebsunfall.

4. Nach Hirschberg-Schl. Antwort: Ein gegen Unfall versicherter Lehrling, der kein Entgelt bezieht und dem daher in der Regel kein Krankengeld zusteht (§ 494 RVO.), hat darauf dennoch Anspruch im Falle eines Betriebsunfalls gemäß § 573 RVO., und zwar wird hierbei für die Bemessung des Betrags als Grundlage der Ortslohn seines Beschäftigungsorts zugrunde gelegt (§ 577 Abs. 1 Satz 4). Die Billigkeit verlangt es, daß jemand nicht dadurch, daß er gegen Krankheit versichert ist, in der Unfallversicherung schlechter gestellt werde. Daher muß ihm bei einem Betriebsunfall mindestens das gewährt werden, was Personen erhalten, die nicht gegen Krankheit versichert sind. Diesen steht aber als Krankengeld der halbe Ortslohn zu, wozu noch der Unfallzuschuß kommt (§§ 577, 573, 182 Ziff. 2). Den gleichen Betrag haben somit Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, zu beanspruchen, er ist aber der Kasse gemäß § 576 zu erstatten. (Vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 160 und Auskunft daselbst S. 166 Ziff. 1.)

Versicherungspflicht der Ehefrau als Vertreterin eines zum Heeresdienst eingezogenen Prokuristen.

5. Nach Nördlingen. Frage: Der Prokurist einer hiesigen Firma ist am 22. Mai 1916 zum Kriegsdienst eingezogen. Die Firma bezahlt den 3600 ℳ betragenden Jahresgehalt fort; jedoch ist an Stelle des Prokuristen dessen Ehefrau im Geschäfte tätig. Am 2. April l. J. meldete die Arbeitgeberin die Ehefrau des Prokuristen mit dem 1. April 1917 als Tag des Eintritts in die Beschäftigung und mit einem Monatsgehalt von 150 ℳ zur Krankenversicherung an. Die Angemeldete erklärte auf Anfrage, daß am 1. April l. J. zwischen der Arbeitgeberin und ihr mündlich vereinbart worden sei, daß von dem Jahresgehalt ihres Ehemannes zu 3600 ℳ für ihre Arbeitsleistung ein Betrag von 1800 ℳ ausgeschieden wird und daß der gleich hohe Gehaltsrest an den Ehemann freiwillig weiterbezahlt wird, aber jederzeit von der Arbeitgeberin einbehalten werden könne. In den Büchern werde der Betrag von 300 ℳ monatlich nach wie vor

Digitized by Google

als Gehalt des Prokuristen gebucht. Wir sind der Ansicht, daß Krankenversicherungspflicht in solange nicht besteht, als der an den Prokuristen und seine Ehefrau zusammen bezahlte Betrag die Summe von jährlich 2500 ℳ übersteigt. Ist das richtig?

Antwort: Wir halten die Auffassung der Kasse für irrig. Daraus, daß die Ehefrau an Stelle des Prokuristen tätig eintrat, ist zu entnehmen, daß mit seiner Tätigkeit bis auf weiteres nicht mehr gerechnet wurde und daß die Weiterzahlung des bisherigen Gehalts zum Teil als Entgelt für die Ersatzkraft der Frau, darüber hinaus aber als eine aus wohlwollender Gesinnung bewilligte Unterstützung gewährt worden ist. Die später mit der Frau getroffene ausdrückliche Vereinbarung stellt nur das Verhältnis klar, in welchem der Entgelt für die Tätigkeit der Frau zu der Unterstützung steht, nämlich je ½ von 3600 ℳ. Die Frau ist also bei einem Jahresgehalt von 1800 ℳ versicherungspflichtig und war es übrigens nach unserer Auffassung von Anfang an.

Kassenzugehörigkeit des Gärtners eines städtischen Hausgrundstücks.

6. Nach Fr. Antwort: § 439 RVO. setzt nicht voraus, daß die Beschäftigung des Dienstboten im Betriebe die überwiegende sei; sofern sie nur nicht vorübergehend im Sinne des § 168 ist, ist sie für die Versicherung, also auch für die Kassenzugehörigkeit maßgebend. Im vorliegenden Falle aber handelt es sich gar nicht um Dienstboten. Denn wenn der Gärtner und seine Frau nur Wohnung mit Heizung und Beleuchtung im Hause des Arbeitgebers haben, so haben sie darin eben ihren eigenen Hausstand und teilen nicht die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers, obwohl sie auch gewisse hauswirtschaftliche Dienste verrichten. Da der Garten zu einem städtischen Grundstück gehört, also nicht „Teil" eines landwirtschaftlichen Betriebes ist, wie eine Gutsgärtnerei, so gehören die Eheleute auch nach § 235 Abs. 2 RVO. nicht zur Landkrankenkasse, sondern zur Ortskrankenkasse. (Insoweit trifft die Begründung unserer Auskunft im Heft 10 S. 239, 240 nicht ganz zu.)

a) Vergütung für ärztliche Verrichtungen, für die ein Satz in der Taxe nicht vorgesehen ist. b) Anwendung des § 315 RVO., wenn das Beschäftigungsverhältnis gelöst ist.

7. Nach Illingen. Antwort: a) In beiden Fällen Ihrer Anfrage (unter I) handelt es sich um ärztliche Verrichtungen, nämlich Operationen, für die die maßgebende preußische Gebührentaxe einen besonderen Vergütungssatz nicht vorsieht. Wir können auch keinen für eine andere Verrichtung vorgesehenen Satz finden, der sich als entsprechend anwendbar darstellte. In solchem Fall auf die in anderen Bundesstaaten geltenden Taxsätze zurückzugreifen, ist unstatthaft. Der Arzt kann daher von der Kasse „die übliche Vergütung" beanspruchen (§ 612 BGB.). Was — unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse, also namentlich auch des Umstandes, daß eine Krankenkasse zahlungspflichtig ist — als üblich gilt, wird durch Anhörung eines geeigneten Sachverständigen (etwa des Kreisarztes) festzustellen sein.

b) Da die Voraussetzungen des § 315 RVO. gegeben sind, hatte Ihre Kasse den Erkrankten als Mitglied anzuerkennen und ihm folgeweise die Kassenleistungen zu gewähren „mindestens" bis zu dem Tage, wo der Vorstand ihn an die andere Kasse verwies. Von da ab ging die Leistungspflicht, entsprechend dem § 212 RVO., auf diese andere Kasse über, vorausgesetzt, daß diese noch im Zeitpunkt der Überweisung zuständig war. Das war sie aber nicht, weil nach Ihrer eigenen Angabe das Beschäftigungsverhältnis alsbald mit Beginn der Erkrankung gelöst worden war. Der Erkrankte konnte daher durch die Verweisung nicht Mitglied der anderen Kasse werden. Daher kommt in diesem Falle der Sinn des Wortes „mindestens" in § 315 zur Geltung: Ihre Kasse hat den Kranken, sofern er arbeitsunfähig ist, noch weiter als Mitglied anzuerkennen (§ 312), jedenfalls aber ihm noch weiter die Kassenleistungen zu gewähren.

Ärztliche Gebühren für Untersuchung mit dem Augenspiegel in Preußen.

8. Nach D. Frage: Ein Augenarzt, der in keinem Vertragsverhältnis zu der Krankenkasse steht, berechnet nach der preußischen Gebührenordnung für Mitglieder, die zur Brillenbestimmung bei ihm waren, außer den Gebühren aus den Ziffern 1 und 118 noch die Gebühren nach Ziff. 5 Abs. 2. Zur Berechnung der strittigen Gebühren aus Ziff. 5 Abs. 2 führt er an, daß er als gewissenhafter Augenarzt in allen Fällen den Augenspiegel anwenden müsse und deshalb diese Gebühren angesetzt seien. Wir vertreten dagegen die Ansicht, daß die Berechnung der Gebühren nach Ziff. 5 Abs. 2 im Hinblick auf Ziff. 118 nicht zulässig ist, obwohl der Augenspiegel angewandt wird. Ziff. 118 lautet: „Untersuchung der Sehkraft (einschl. Farbenblindheit, Gesichtsfeldbeschränkung usw.) 3 bis 15 ℳ." Hierdurch wird doch klar ausgedrückt, daß alle Verrichtungen, die zur Untersuchung der Sehkraft und damit zur Brillenbestimmung erforderlich sind durch Ziff. 118 abgegolten werden?

Antwort: In Ziff. 6 ist gesagt, daß für Besuche oder Beratungen bei Tage, bei denen eine derjenigen Verrichtungen vorgenommen wird, für welche nach der preußischen Gebührenordnung eine Gebühr von mehr als 10 ℳ zu entrichten ist, eine besondere Vergütung nicht berechnet werden darf. Daraus folgt, daß diese beansprucht werden kann, wenn die Gebühr für die besondere Verrichtung — hier die Untersuchung der Sehkraft — weniger als 10 ℳ beträgt. In diesen Fällen können also die Gebühren aus Ziff. 118 und 1 besonders berechnet werden. Nun schließt aber Ziff. 6 keineswegs die Gebühr aus Ziff. 5 Abs. 2 aus (vgl. Förster Anm. 45), so daß in der Tat alle drei Gebühren nebeneinander beansprucht werden können. Bei der ersten Untersuchung wird auch ein gewissenhafter Arzt zu prüfen haben, ob nicht die Minderung der Sehkraft auf einem besonderen Leiden beruht, dessen Behebung möglich ist. Aus diesem Grunde wird man dem Arzt beipflichten müssen.

Formale Mitgliedschaft nach § 315 RVO.; Verweisung an eine andere Kasse.

9. Nach Gelsenkirchen. Antwort: Wir können Ihnen in beiden Punkten nicht beitreten. Nach der Entsch. des RVA. setzt § 315 RVO. voraus, daß die unzuständige Kasse während dreier Monate die Beiträge unbeanstandet angenommen hat (ArbVers. 1916 S. 57). Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt, soweit für einen Teil dieses Zeitraums Beiträge aus irgendeinem Grunde, ins-

Digitized by Google

besondere nach § 383 RVO. nicht gezahlt worden sind. — Sobald die unzuständige Kasse den Versicherungspflichtigen an eine andere Kasse verweist, endet die formale Mitgliedschaft aus § 315. Infolgedessen tritt hiermit der Versicherungspflichtige kraft Gesetzes zur zuständigen Kasse über. Daher hat diese sofort die weitere Leistung auch in einem schon vorher eingetretenen Versicherungsfalle zu übernehmen, wie dies im § 212, auf den die Begründung zur RVO. (S. 198) ausdrücklich verweist, vorgeschrieben ist.

Einziehung der Versicherungsbeiträge von Angestellten in der Angestelltenversicherung nur durch Abzug vom Gehalt.

10. Nach Gießen. Antwort: Auch in der Angestelltenversicherung dürfen die Arbeitgeber die Beitragsteile der Versicherten nur durch Abzug vom Gehalt einziehen. Hat der Versicherte bereits die Stellung verlassen und steht ihm kein Gehalt mehr zu, so hat der Arbeitgeber keine Möglichkeit, die Einziehung der Beiträge zu erzwingen. Das gilt auch für den Fall, daß er keine Abzüge gemacht hat, weil die Versicherungspflicht streitig war, und diese erst nach Auflösung des Dienstverhältnisses im Streitverfahren festgestellt worden ist. Für solche Fälle hat das Gesetz keine Ausnahme zugelassen. (§ 178 AVG.) Der Fall des § 179 AVG. ist nicht gegeben, weil diese Vorschrift sich nur auf die Zulässigkeit eines verspäteten Abzugs vom Gehalt bezieht, der hier nicht in Frage kommt.

Kündigung eines Kassenangestellten nach zehnjähriger Beschäftigung (§ 354 Abs. 2 RVO.); zusammenhängender Zeitraum.

11. Nach G. Antwort: Nach § 354 Abs. 2, Halbsatz 2, darf Kündigung oder Entlassung eines Kassenangestellten nach zehnjähriger Beschäftigung nur aus einem wichtigen Grunde stattfinden. Das Gesetz macht hierbei keinen Unterschied hinsichtlich der Stellung des Beschäftigten. Deshalb wird der Lauf der zehnjährigen Frist nicht dadurch unterbrochen, daß der Angestellte von einer Stelle in eine andere (niedere) bei derselben Kasse versetzt wird. Dagegen ist der Zeitraum von zehn Jahren als ein zusammenhängender zu verstehen (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2a zu § 354; zustimmend Stier-Somlo, Anm. 4b). Wenn also der Angestellte ausgeschieden ist und später wieder bei derselben Kasse in Dienst tritt, so beginnt hiermit die Frist von neuem. Um Zweifel hierüber auszuschließen, mag es sich empfehlen, bei der Wiederanstellung ausdrücklich im Vertrage festzustellen, daß die frühere Dienstzeit auf den zehnjährigen Zeitraum im Sinne des § 354 Abs. 2 RVO. nicht angerechnet wird.

Unkenntnis der Krankenordnung schützt nicht ohne weiteres vor Strafe aus § 529 RVO.

12. Nach Heppenheim. Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei. Ein Versicherter, der die Krankenordnung übertritt, ist nicht ohne weiteres von der strafrechtlichen Verantwortung aus § 529 RVO. frei, wenn ihm die Krankenordnung nicht mitgeteilt ist, sondern nur dann, wenn er auch bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt von der übertretenen Vorschrift keine Kenntnis hatte (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 529). Die Mitteilung eines Abdrucks der Krankenordnung (entsprechend dem § 325 bezüglich der Satzung) an die Mitglieder mag zweckmäßig sein; vorgeschrieben ist sie nicht. Ein Versicherter aber, der die Leistungen der Kasse in Anspruch nimmt, muß sich bewußt sein, daß er auch entsprechende Pflichten gegen die Kasse hat und daß er sein Verhalten während der Krankheit den hierauf bezüglichen Anforderungen der Kasse anpassen muß. Es ist daher seine Sache, sich darüber zu unterrichten, und er verletzt die Sorgfalt, die von ihm gefordert werden kann, wenn er dies unterläßt, ohne daß ihm etwa besondere entschuldigende Umstände zur Seite stehen.

Erweiterte Krankenpflege für Dienstboten.

13. Nach Coburg. Antwort: Zu der Auffassung, daß § 437 RVO. in den Fällen „entkräftet" werde, in denen die Krankenhauskosten den Betrag des Krankengeldes und der Kosten für ärztliche Behandlung und Heilmittel übersteigen würden, gibt unsere Auskunft in Heft 15 S. 360 Ziff. 8 nicht den geringsten Anlaß. Unter den Voraussetzungen des § 437 hat eben, wie wir unter 8c bemerkt haben, die Kasse die Pflicht zur Gewährung von Krankenhauspflege, also auch wenn deren Kosten höher sind als die der Leistungen aus § 182. Auch von der Lohnstufe, in die der Kranke gehört, ist jene Pflicht nicht abhängig. Wenn es aber an einer der im § 437 aufgestellten Voraussetzungen fehlt, ist das Versicherungsamt nicht befugt, der Kasse die Gewährung von Krankenhauspflege aufzugeben, und es wäre ein Mißgriff, wenn das Versicherungsamt dies wirklich „in allen Fällen bei Dienstboten" forderte.

Berechnung der Leistungsdauer nach § 183 RVO.; Unterbrechung oder Fortdauer der ärztlichen Behandlung?

14. Nach Burkhardtsdorf. Antwort: Wenn ein Versicherter in sogenannter „ambulanter" ärztlicher Behandlung steht, so ist es für die Anrechnung dieser Behandlung auf die Zeit von 26 Wochen im Sinne des § 183 RVO. nicht erforderlich, daß der Arzt an jedem einzelnen Tage eine besondere Verrichtung (Besuch, Beratung, Verordnung usw.) ausführt, sondern es genügt, daß sich die Fürsorge des Arztes auch auf die Zeit zwischen den einzelnen Verrichtungen erstreckt, indem er z. B. dem Kranken Anweisungen über sein Verhalten in der Zwischenzeit gibt oder auch nur Tag und Stunde für die nächste Beratung bestimmt oder seinen nächsten Besuch in Aussicht stellt usw. In solchen Fällen liegt eine einheitliche, fortdauernde Behandlung vor, und es ist die ganze Zeit in die 26 Wochen aus § 183 anzurechnen (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2e zu § 183). Anders würde die Sache liegen, wenn der Arzt den Versicherten nur wegen der Möglichkeit, daß eine neue Behandlung nötig werden könnte, zu einer nochmaligen Untersuchung bestellt hätte (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 550 Ziff. 1, S. 862 Ziff. 8 und anderseits S. 864 Zif. 14). Jeder einzelne Fall bedarf hiernach besonderer Beurteilung unter Berücksichtigung der besonderen Sachlage, um festzustellen, ob die ärztliche Behandlung von neuem beginnt oder ob nur die frühere Behandlung fortgesetzt wird und nicht als unterbrochen gelten kann.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1881 von H. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. H. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1178 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. Juli 1917 | Heft 20

Die rechtliche Stellung der Krankenkassenbeamten[1])

Von Dr. Kurt Werthauer in Berlin.

Die Reichsversicherungsordnung hat für die im Dienste der Krankenkassen angestellten Personen ein neues Dienstrecht geschaffen, das diese Personen in zwei Klassen scheidet: die Beamten und Angestellten. Als Beamte der Krankenkassen werden diejenigen Personen bezeichnet, die vom Vorstand auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt werden.[2]) Diesen Personen *kann* die Landesregierung nach § 359 Abs. 4 RVO. die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen.

In Preußen ist diese Übertragung durch den Erlaß der zuständigen Minister vom 18. Februar 1914 erfolgt, durch den den im Kassendienst nach § 359 Abs. 1 angestellten Personen die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten beigelegt wurden. Im Anschluß hieran ist das Gesetz vom 11. Mai 1916, betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen ergangen, das die Kassenbeamten dem preußischen Disziplinargesetz vom 21. Juli 1852 unterstellt, jedoch ein den besonderen Bedingungen entsprechendes Verfahren schafft.

Es ist nun zu untersuchen, ob die Übertragung der Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten die Kassenbeamten zu wirklichen Beamten macht oder ob sie Nicht-Beamte bleiben, die nur die Rechte der Beamten genießen und deren Pflichten zu erfüllen haben. Das Beamtenverhältnis ist ein Zustand, dessen Folgeerscheinungen sich im Gegensatz zur Ansicht des Reichsgerichts[3]) nicht in einer Summe von Rechten und Pflichten erschöpfen, sondern es zeitigt daneben eine Reihe von Wirkungen, die man logisch weder als Rechte noch als Pflichten konstruieren kann, z. B. die Befugnis der Vorgesetzten zur Stellung des Strafantrags im Falle des § 195 StrGB., das Erlöschen des Mandats eines Beamten im Falle einer Beförderung. Derartige Reflexwirkungen können auf die Krankenkassenbeamten nur dann Anwendung finden, wenn sie voll und ganz Beamte sind, dagegen nicht, wenn ihnen nur die einzelnen Rechte und Pflichten der Beamten beigelegt werden.

Bei einer eingehenden Prüfung der einzel-

---

[1]) Auszug aus der hier im Heft 17 S. 406 besprochenen Schrift des Verfassers: „Die rechtliche Stellung der Beamten und Angestellten der Versicherungsträger nach deutschem Sozialversicherungsrecht." Greifswald 1917.

[2]) Da in Preußen nach Landesrecht, nämlich nach KommBeamtGes. § 8 Abs. 2, §§ 9, 12 auch die Anstellung von Beamten mit Anrecht auf Ruhegehalt zulässig ist, sind auch die von den Krankenkassen auf Kündigung mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellten Personen als Kassenbeamte im Sinne des § 359 Abs. 1 RVO. anzusehen und unterliegen der Genehmigung des OVA. hinsichtlich ihrer Anstellung; vgl. Hoffmann, MonSchr. f. ArbAngVers. 1913 S. 441, Stier-Somlo, Komm. zur RVO. Bd. 1 S. 746 ff., Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 2b zu § 359.

[3]) Entsch. in Zivils. Bd. 69 S. 185.

Digitized by Google

nen Rechte und Pflichten des Beamten wird man aber erkennen, daß die Hauptpflicht des Staatsbeamten in der Pflicht zu Treue, Gehorsam gegen den Staat und seine Organe, zu achtungswürdigen, „beamtenmäßigen" Verhalten in und außer Dienst besteht.[4]) In diesem Pflichtenkreise finden sich die Momente wieder, die das Dienstverhältnis des Staatsbeamten als den Zustand einer gesteigerten Unterwerfung unter die Gewalt des Staates erkennen lassen. Indem aber die Übertragung der Pflichten eines Beamten die gesteigerte Unterwerfung unter die Gewalt des Staates begründet, schafft sie dem Staate die Dienstgewalt, die als das einzige sichere Kriterium zum Erkennen des Beamtenverhältnisses angesehen werden muß. Ob der Pflichtenkreis der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen wird, macht hierfür keinen Unterschied, da in Preußen die Dienstgewalt über die gemeindlichen Beamten eine ausschließlich staatliche,[5]) wenn auch unter Mitwirkung der Gemeindeorgane ausgeübte ist; die Übertragung der Rechte und Pflichten eines Beamten macht den Beliehenen in jedem Falle voll und ganz zum Beamten. Die Krankenkassenbeamten sind also Staatsbeamte, und zwar, da sie ihre Dienste dem Staate nicht unmittelbar, sondern einer dem Staate untergeordneten Körperschaft leisten, mittelbare Staatsbeamte. Infolgedessen sind sie allen aus dem Beamtenverhältnis erwachsenden Rechtsfolgen unterworfen.

Aus diesen Darlegungen ergibt sich, daß die rechtliche Stellung der Krankenkassenbeamten die gleiche wie die der gemeindlichen Beamten ist, soweit nicht durch die besondere Natur des Kassendienstes im einzelnen Ausnahmen bedingt sind. Die Rechtsverhältnisse der Kassenbeamten werden auch nicht wie die der Angestellten durch Dienstordnungen geregelt, die von den Organen der Kassenverbände aufgestellt werden, sondern durch Regulative, die von den Oberversicherungsämtern, also reinen Staatsorganen ohne Mitwirkung der Kassenorgane erlassen werden. Diese Regulative sollen nach dem Ministerialerlaß vom 18. Februar 1914 genaue Bestimmungen treffen über eine Dienstaufsicht über die Kassenbeamten durch staatliche Behörden, über Vorbildung, Bezüge, Anspruch auf Urlaub, Genehmigungspflicht von Nebenbeschäftigung und Vertretungspflicht im Falle der Behinderung eines anderen Beamten. Ferner ist durch diesen Erlaß die Verpflichtung der Kassenbeamten zur Leistung des allgemeinen Staatsdienereides festgelegt.

Zur einseitigen Ordnung dieser Angelegenheiten, insbesondere zur Festlegung der Gehaltssätze im einzelnen, des Ruhegehalts und der Hinterbliebenenfürsorge sowie der Bedingungen für die fachliche Vorbildung mittels Regulativs ist die Staatsbehörde befugt. Denn für die Angestellten der Kassen werden diese Fragen durch die Dienstordnung geregelt; da die Beamten nach § 351 Abs. 1 RVO. aber der Dienstordnung nicht unterstehen, kann doch nicht angenommen werden, daß der Vorstand berechtigt sein sollte, für die Beamten über diese Fragen nach freier Vereinbarung oder gar nach freiem Ermessen Bestimmungen zu treffen, wo es der ausgesprochene Wille des Gesetzgebers war[6]), die Regelung der inneren Dienstverhältnisse der Kassenbeamten der Selbstverwaltung der Kassen zu entziehen und der Landesgewalt zu überlassen. Auch § 353 Abs. 3 RVO. steht dem nicht entgegen. Bestimmt die Dienstordnung, daß ein Angestellter nach gewisser Zeit ruhegehaltsberechtigt sein soll, dann wird er mit dem Erwerb des Anspruchs auf Ruhegehalt[7]) Kassenbeamter und untersteht dadurch nicht mehr der Dienstordnung.

Eine Begrenzung des Personenkreises, der für die Anstellung als Kassenbeamter in Frage kommt, ist im Gesetz nicht gegeben; doch

[4]) Eine eingehendere theoretische Begründung ist in der oben angeführten Arbeit des Verfassers S. 5 ff., S. 21 ff. gegeben.

[5]) Dies tritt auch für die Kassenbeamten ganz deutlich hervor, denn ihr Disziplinarrecht, also das Gebiet, auf dem die Dienstgewalt am schärfsten in Erscheinung tritt, ist durch Staatsgesetz, durch einseitigen staatlichen Willensakt geregelt.

[6]) Begründung zur RVO., Drucks. des RT. 1910 Nr. 340 S. 207 f.

[7]) Hierzu ist aber nach § 359 Abs. 1 RVO. die Genehmigung des Oberversicherungsamts erforderlich.

Digitized by Google

wird nach der geschichtlichen Entwicklung des Beamtenrechts der Krankenkassen und vor allem nach der Regelung der Regulative und der Disziplinarbestimmungen im Anschluß an das für die Beamten der Invalidenversicherungsanstalten geltende Recht anzunehmen sein, daß nur den im Bureau-, Kanzlei- und Botendienst angestellten Personen die Beamteneigenschaft beigelegt werden kann.[8]) Denn nur dieser Dienst kann als eigentlicher Kassendienst angesehen werden; die Tätigkeit der Ärzte hat rechtlich und tatsächlich mit diesem besonderen Dienstzweige nichts gemein, selbst wenn der Arzt ausschließlich für den Dienst der Kasse angestellt ist und ihm durch den Anstellungsvertrag Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung zugesichert sind. Denn die RVO. regelt die Rechtsbeziehungen zwischen Kassen und Ärzten in einem ganz anderen Abschnitt und scheidet sie damit deutlich von dem eigentlichen Kassendienst. Sie schreibt hier lediglich einen schriftlichen Vertrag vor, setzt also der freien privatrechtlichen Vereinbarung keine Schranken.

Vorgeschrieben werden kann die Anstellung als Beamter für die Geschäftsleiter der Krankenkassen mit mehr als 10 000 Versicherten. Als Geschäftsleiter sind nach der allgemein vertretenen Ansicht[9]) nicht etwa nur die Leiter des gesamten Kassenbetriebes (Rendanten, Direktoren), sondern auch die bei größeren Krankenkassen angestellten Vorsteher einzelner Abteilungen anzusehen, die im Kassenbetriebe eine leitende Stellung einnehmen.

Die Form der Anstellung als Kassenbeamter ist nach § 1 KommBeamtG. die Aushändigung einer Anstellungsurkunde;[10]) diese darf erst ausgehändigt werden, wenn dem Anstellungsbeschluß des Vorstandes die Genehmigung des Oberversicherungsamtes gefolgt ist. Mit diesem Zeitpunkt gehen auch die Rechte und Pflichten des Beamten über. Bis dahin ist der nach den Bedingungen des § 359 Abs. 1 Angestellte Angestellter im engeren Sinne und untersteht den Bestimmungen der Dienstordnung.

Da die Krankenkassenbeamten mit der Übertragung der Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten mittelbare Staatsbeamte geworden sind, sind sie Beamte im Sinne des § 359 StrGB. Abgesehen von den wichtigen Folgen für die Verwirklichung der verschiedensten straftrechtlichen Tatbestände ist damit auch den Vorgesetzten der Kassenbeamten die Befugnis zur Stellung eines Strafantrages im Falle des § 195 StrGB. gegeben.

Aus dem gleichen Grunde bedürfen die Krankenkassenbeamten der Erlaubnis zur Übernahme einer Vormundschaft (BGB. § 1784) sowie der Genehmigung zur Zeugenaussage im Falle der §§ 376, 408 ZPO., 53 StrPO. Ferner genießen sie das Kommunalsteuerrecht nach Maßgabe des Gesetzes vom 31. März 1909,[11]) sowie die Rechtswohltat, daß zu ihren Gunsten im Falle ihrer zivil- oder strafrechtlichen Verfolgung seitens der vorgesetzten Zentral- oder Provinzialbehörde der Konflikt erhoben werden kann. Sie haben ferner auch Anspruch auf die besonderen Zeugen- und Sachverständigengebühren nach § 14 der Gebührenordnung. Im Falle ihrer Einziehung zum Heeresdienst müssen ihnen nach § 66 RMilGes. ihre Stellen offen gehalten werden; die Krankenkasse kann also ihren Beamten nicht aus diesem Grunde die Stellung kündigen, sondern ist zur Weiterzahlung des vollen Gehaltes verpflichtet.[12])

Zur Geltendmachung ihrer vermögensrechtlichen Ansprüche müssen die Kassenbeamten infolge ihrer Gleichstellung mit den gemeindlichen Beamten nach § 7 Komm.-BeamtGes. die Vorentscheidung des Bezirks-

[8]) Vgl. Hoffmann a. a. O. S. 442, Hahn a. a. O. Anm. 1b zu § 368, Stier-Somlo a. a. O. S. 745, 795.

[9]) Vgl. Hoffmann a. a. O. S. 444, Stier-Somlo a. a. O. S. 450, Hahn a. a. O. Anm. 3 zu § 359.

[10]) Vom OVG. (PrVerwBl. Bd. 25 S. 447) für die Beamten der Versicherungsanstalten verneint.

[11]) Da die Kassenbeamten erst durch Erlaß vom 18. Februar 1914 zu mittelbaren Staatsbeamten geworden sind, kommt das weitergehende Vorrecht der Verordnung vom 23. September 1867 für sie nicht in Betracht.

[12]) Vgl. ArbVers. 1915 S. 384.

[13]) Im Ergebnis übereinstimmend Reichsger. Zivils. Bd. 69 S. 185, dessen Begründung oben

Digitized by Google

ausschusses anrufen.[13]) Diese Gleichstellung muß auch die Wirkung haben, daß ein pensionierter Staatsbeamter, der als Kassenbeamter angestellt wird, eine Kürzung seiner Pension gemäß § 27 PensionsGes. erleidet, wie wenn er in den Dienst eines deutschen Kommunalverbandes getreten wäre.[14])

Die Beförderung eines Kassenbeamten, der Mitglied des Reichstags oder Landtags ist, oder die Anstellung eines Abgeordneten als Kassenbeamter wird nicht nach der Reichsverfassung Art. 21 und der preuß. VerfUrk. Art. 78 Abs. 4 das Erlöschen des Mandats herbeiführen, da diese Bestimmungen nicht für den mittelbaren Staatsdienst gelten;[15]) auch kann nicht angenommen werden, daß die Stellung eines Kassenbeamten gleich der eines Gemeindebeamten mit der eines Mitgliedes des Magistrats oder der Gemeindevertretung unvereinbar sei, da hier der Grund für jene Vorschriften entfällt. Denn der Kassenbeamte ist nicht von der Gemeindeverwaltung abhängig, und es besteht also nicht die Gefahr, daß er durch eine derartige Abhängigkeit veranlaßt werden könnnte, seine Tätigkeit als Vertreter nach unsachlichen Gesichtspunkten auszuüben. Aus diesem Grunde muß hier trotz der grundsätzlichen Gleichstellung mit den Gemeindebeamten für die Kassenbeamten eine andersartige Behandlung Platz greifen,[16]) um so mehr, als die Kassenbeamten nach § 21 Abs. 1 RVO. bei der Organbildung der Kassenverbände ähnlichen Beschränkungen unterliegen wie die Gemeindebeamten bei den Wahlen zu den Gemeindeorganen. Denn die Kassenbeamten dürfen nicht ehrenamtliche Mitglieder des Vorstandes sein; eine Mitgliedschaft im Ausschuß muß aber, weil nicht ausdrücklich untersagt, als zulässig gelten.

Es bleibt noch zu prüfen, inwieweit bei Amtspflichtverletzungen der Krankenkassenbeamten eine Haftung des Versicherungsträgers nach § 4 des preußischen Gesetzes vom 1. August 1909 eintritt. Die Kassenbeamten sind allerdings nicht für den Dienst eines Kommunalverbandes im engeren Sinne angestellt, denn eine Krankenkasse ist zwar ein Selbstverwaltungskörper, aber kein Kommunalverband, da hierunter nur Gebietskörperschaften verstanden werden.[17]) Aber wenn man der Übertragung der Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten die oben dargelegte Bedeutung gibt, dann kommt man zu dem Ergebnis, daß die rechtlichen Folgen, die das Gesetz an die Eigenschaft eines Kommunalbeamten knüpft, nämlich die Übernahme der primären Haftung auf den öffentlichen Verband, auch im Verhältnis der Krankenkasse zu ihren Beamten eintreten. Denn den Beamten der Krankenkassen sind etwa nicht nur allgemein die Rechte und Pflichten der mittelbaren Staatsbeamten, sondern ausdrücklich die der gemeindlichen Beamten verliehen worden. Und bei der dadurch geforderten entsprechenden Anwendung aller auf die Rechtsverhältnisse der Gemeindebeamten bezüglichen Gesetze muß nach § 4 des Gesetzes vom 1. August 1909 der öffentliche Verband, in dessen Diensten die Beamten angestellt sind, die primäre Haftung bei Amtspflichtverletzungen übernehmen. Die Verantwortlichkeit des § 839 BGB. trifft also die Krankenkasse, wenn einer ihrer Beamten in Ausübung öffentlicher Gewalt einem Dritten durch Amtspflichtverletzung widerrechtlich Schaden zufügt.

Auch nach der Auflösung einer Krankenkasse wirkt die öffentlichrechtliche Stellung der Kassenbeamten noch fort. Wenn das Vermögen der aufgelösten Kasse nicht ausreicht,

(Sp. 2) bekämpft worden ist; entgegengesetzt preuß. OVG. im Pr. VerwBl. Bd. 25 S. 447, dessen Entscheidung aber auf der hier abgelehnten Auffassung fußt, daß den Beamten der Invalidenversicherungsanstalten, deren rechtliche Stellung die gleiche ist wie die der Kassenbeamten, nur die einzelnen Rechte und Pflichten der Beamten übertragen seien.

[14]) Anders Hoffmann a. a. O. S. 447. Die Erwähnung der Invalidenversicherungsanstalten im § 27 Abs. 2 PensionsGes. erscheint überflüssig, da nach § 98 IVG. und dem MinErl. vom 30. November 1899 auch für deren Beamte die Gleichstellung mit den Kommunalbeamten durch Übertragung der Rechte und Pflichten der Kommunalbeamten durchgeführt worden war; indessen: superfluum non nocet.

[15]) Vgl. Seydel, Komm. zur Reichsverf. S. 197; Schwarz, Komm. zur preuß. Verf. Urk. S. 237.

[16]) Vgl. ArbVers. 1915 S. 48.

[17]) Vgl. Schoen, Recht der Kommunalverbände,

Digitized by Google

die Ansprüche der Kassenbeamten — dagegen nicht der Angestellten — zu befriedigen, ist der Gemeindeverband nach § 305 RVO. verpflichtet, entweder für den Fehlbetrag einzutreten oder dem Kassenbeamten eine passende anderweitige Stellung anzubieten, die der Beamte der aufgelösten Kasse dann annehmen muß.

Finanzielle Wirkungen des § 313 Abs. 1 RVO.

Von Kassenverwalter K. Olbrich in Pforzheim.

Bis in die neueste Zeit hinein ist gelegentlich immer wieder auf die unglückliche Bestimmung des § 313 Abs. I Satz 2 RVO. und ihre empfindlichen Nachteile für die Krankenkassen hingewiesen worden. Wenn in den nachstehenden Zeilen wiederum auf die erwähnte Gesetzesbestimmung eingegangen wird, so kommen dabei nicht neue Gedanken zum Ausdruck, vielmehr soll die Richtigkeit des schon früher gesagten, ganz besonders die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Abänderung oder Aufhebung der in Betracht kommenden Gesetzesstelle, nochmals durch zahlenmäßige Beweise dargetan werden.

Die Bekanntmachung des Bundesrats vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen bestimmt bekanntlich, daß von den Krankenkassen gesonderte Nachweisungen für die verschiedenen Versichertengruppen, und innerhalb derselben für die Geschlechter, über eingegangene Beiträge und gewährte Leistungen für Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld und Familienhilfe zu führen sind. Die Krankenkassen haben, wenn auch teilweise schweren Herzens, im Jahre 1914 ihre Geschäfts- und Kassenführung den erwähnten Bestimmungen angepaßt. Der Krieg erschwerte jedoch vielfach die regelmäßige Fortführung dieser Nachweisungen und führte auf diesbezügliche Anregungen zu verschiedenen amtlichen Erlassen, wonach für die Dauer des Krieges auf die Vorlage dieser Nachweisungen verzichtet wurde.

Die Verwaltung der „Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Amtsbezirk Pforzheim" glaubte, nachdem sie ihre Geschäfts- und Kassenführung der Bundesratsverordnung angepaßt hatte, diese getrennten Nachweisungen auch über die Kriegszeit ohne besonders erhebliche Mehrbelastungen fortführen zu können. Nicht zum wenigsten wurde von dem Vergleich der Betriebsergebnisse der beiden Gruppen der versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder eine wertvolle Bestätigung der nahezu zweifelsfreien Ansicht, daß die neuen Bestimmungen über die freiwillige Fortsetzung einer Mitgliedschaft, eine außerordentliche Vergrößerung der schon seither durch die freiwilligen Mitglieder verursachten Belastungen der Krankenkassen bringen werde, erhofft.

Das nunmehr bei der genannten Kasse für die Jahre 1914, 1915 und 1916 vorliegende Rechnungsergebnis der Gruppen der versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder übertrifft, wie die nachfolgenden Zahlen beweisen, alle Erwartungen. Bei einem Durchschnittsbestand von 7499 beitrittsberechtigten Mitgliedern im Jahre 1914, 6071 im Jahre 1915 und 5148 im Jahre 1916 überstiegen die Ausgaben dieser Gruppe, einschließlich des anteiligen Verwaltungsaufwandes, die Einnahme um die Summe von 273 135,45 *M*. Dagegen wies die Gruppe der versicherungspflichtigen Mitglieder, ausschließlich der unständig Beschäftigten, der Wandergewerbetreibenden und Hausgewerbetreibenden, mit einem Durchschnittsbestande von 30 630 im Jahre 1914, 17 405 im Jahre 1915 und 20 528 im Jahre 1916 für die genannten 3 Jahre zusammen eine Mehreinnahme von 506 329,59 *M* auf.

Sogar für die Gruppe der unständig Beschäftigten, die ganz gewiß von niemand als günstige Risiken angesehen werden, ergaben sich in den 3 Jahren erhebliche Mehrein-

Digitized by Google

nahmen. Sie betrugen 1914 bei 177 Mitgliedern 2318,68 ℳ; 1915 bei 216 Versicherten 2407,78 ℳ und 1916 bei 242 Versicherten sogar 3460,41 ℳ. Zu beachten ist hierbei, daß die Beiträge nach dem, immerhin eine ansehnliche Höhe erreichenden Ortslohn berechnet werden; weiterhin an Beiträgen auch keine Ausfälle zu verzeichnen waren, da die Gemeinden während der Kriegsdauer die von den Versicherten nicht selbst entrichteten eigenen Beitragsanteile nachträglich an die Kasse ersetzten. Im einzelnen verteilen sich die Mehreinnahmen und Mehrausgaben für die versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder nach Jahren und Geschlechtern wie folgt:

		Mehreinnahme:	Mehrausgabe:
a) Versicherungspflichtige:			
1914: 17814	männliche:	98 579,67 ℳ	
1915: 8345	„ :	140 911,33 „	
1916: 8910	„ :	168 862,14 „	
1914: 12816	weibliche:		69 553,34 ℳ
1915: 9060	„ :	73 073,91 „	
1916: 11618	„ :	94 455,88 „	
b) Versicherungsberechtigte:			
1914: 1388	männliche:		33 333,81 „
1915: 841	„ :		16 120,44 „
1916: 593	„ :		5 349,81 „
1914: 6111	weibliche:		108 523,81 „
1915: 5230	„ :		73 745,13 „
1916: 4555	„ :		36 062,45 „
		575 882,93 ℳ	342 688,79 ℳ

oder unter Berücksichtigung der im Jahre 1914 auf die versicherungspflichtigen weiblichen Versicherten entfallenden Mehraufwendungen für die Versicherungspflichtigen überhaupt, wie schon angeführt, eine Mehreinnahme von 506 329,59 ℳ, für die Versicherungsberechtigten dagegen allein eine Mehrausgabe von 273 135,45 ℳ.

Zweifellos werden die Mehrausgaben für die versicherungsberechtigten Mitglieder noch höher werden, wenn die durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse wieder den normalen Zuständen gewichen sind. Die ganz erhebliche Verminderung der Kassenärzte infolge ihrer Einberufung zum Heeresdienst, weiterhin ihre umfangreiche Tätigkeit in den Lazaretten, brachte allgemein eine bedeutende Erschwerung in der Erlangung ärztlicher Behandlung und damit auch von Medikamenten und Heilmitteln. Es mag sein, daß auch ohne den Krieg der Krankenstand der Jahre 1915 und 1916 ein minderer, als in den Vorjahren, gewesen wäre. Jedenfalls muß aber zur Ehre vieler Mitglieder gesagt werden, daß sie auch von selbst, den Zeitverhältnissen Rechnung tragend, sich bei der Inanspruchnahme der Krankenkassen wesentliche Beschränkungen auferlegten. Alle diese Umstände zeitigten zusammen mit anderen Verhältnissen das unerwartete Ergebnis, das nahezu alle Krankenkassen während der Kriegszeit günstige, teilweise ungewöhnliche Rechnungsabschlüsse aufweisen konnten. Die durch das Gesetz vom 4. August 1914, betreffend „die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen" vorgeschriebene Beschränkung auf die Regelleistungen darf demnach nicht, wie solches teilweise geschieht, als die alleinige Ursache dieser günstigen Ergebnisse angesehen werden. Daraus ergibt sich aber anderseits die große Wahrscheinlichkeit, daß beim Wiedereintritt und Bestehen normaler wirtschaftlicher und politischer Verhältnisse, ohne eine gleichzeitige Abänderung des

Digitized by Google

§ 313 Abs. 1 Satz 2, das Mißverhältnis zwischen den Einnahmen und Ausgaben der Gruppe der beitrittsberechtigten Mitglieder ein noch unbefriedigenderes, als für die letzten Jahre festzustellen ist, werden wird.

Seit einiger Zeit sind nun Bestrebungen im Gange, die Materialien, welche auf eine Abänderung der Reichsversicherungsordnung hinweisen, zu sammeln, um sie zu gegebener Zeit der Regierung und dem Reichstage zu unterbreiten. Wie auch schon von berufenerer Seite ausgeführt worden ist, sollte der Abänderung des § 313 Abs. 1 Satz 2 eine besondere Bedeutung zukommen, soll nicht die bewährte Grundlage des deutschen Krankenversicherungsrechts durch eine falsch angewandte Bevorzugung einer bestimmten Versichertengruppe zum dauernden Nachteile der übrigen Versicherten und der Arbeitgeber erschüttert werden. Es dürfte sehr wohl möglich sein, für kleinere Kreise von gänzlich invaliden und erwerbslosen Versicherten unter gewissen Voraussetzungen, etwa Beschränkungen zeitlicher Art oder unter Berücksichtigung bestimmter Einkommensverhältnisse — wie sie während des Krieges in verschiedener Beziehung schon festgelegt worden sind — die in der Absicht der Gesetzesbestimmung liegende Begünstigung dieser Kreise teilweise aufrecht zu erhalten. Jedenfalls müßten aber alle Bestrebungen versicherungsberechtigter Mitglieder, sich ohne jede Voraussetzung die teuere Krankenpflege auch durch die Beitragsleistung einer der niedersten Lohnstufen, auf Kosten der übrigen Versicherten, zu sichern, ernsthaft vereitelt werden. Endlich wären alle Abmachungen, die den Kassenärzten heute noch für die Behandlung versicherungsberechtigter Mitglieder höhere Gebühren als für die versicherungspflichtigen Mitglieder zugestehen, als durchaus unberechtigt alsbald zu beseitigen. (Vgl. hierzu auch ArbVers. 1915 S. 605 ff.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 5 der **Amtl. Nachr.** vom 16. April 1917.)

I. Unfallversicherung.

Im Rentenversorgungsverfahren wegen Nichtbefolgung einer das Heilverfahren betreffenden Anordnung (§ 606 RVO.) ist trotz der Rechtskraft der nach § 603 ergangenen Entscheidung nachzuprüfen, ob der Verletzte zur Duldung der Operation verpflichtet ist (2947 S. 409).

Ein Rekurs über die Festsetzung der Dauerrente wird nicht dadurch nach § 1700 Ziff. 3 RVO. unzulässig, daß während des Rekursverfahrens auf Grund eines neuen Bescheides der Berufsgenossenschaft Heilanstaltspflege stattfindet und danach die Weitergewährung der früheren Dauerrente angeordnet wird (2948 S. 410).

Kleinschiffer, die mit eigenem Kahn und selbstangenommenen Hilfskräften Beförderungen für mehrere Auftraggeber, insbesondere Ziegeleien, ausführen, sind in der Regel als selbständige Schiffahrtsgewerbetreibende anzusehen (2949 S. 412).

Wenn ein Versicherungsamt in gemischtsprachigen Gebieten in Spruchsachen fortgesetzt einen Dolmetscher beiziehen muß, können die Kosten dafür nicht den nach § 59 Abs. 2 RVO. zu erstattenden Barauslagen des Verfahrens zugerechnet werden (2950 S. 413).

Als vollen Arbeitstag im Sinne der Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts vom 15. Januar 1912 über den kaufmännischen Kleinbetrieb (Amtl. Nachr. 1912 S. 504) gilt nicht allgemein ein Arbeitstag von zehn Stunden, sondern je nach Lage des Falles die Tagesleistung solcher Arbeiter, deren Tätigkeit durch die Beschäftigung im wesentlichen ausgefüllt wird (2951 S. 414).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Das zum Feldeisenbahnwesen herangezogene militärdienstpflichtige Personal leistet Kriegs- oder ähnliche Dienste im Sinne des § 1 der Bek. betr. Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 (2332 S. 440).

In einem dringenden Falle im Sinne des § 368 RVO. darf die Kasse die Bezahlung des zugezogenen anderen Arztes auch dann nicht ablehnen, wenn die Dringlichkeit vom Kranken verschuldet ist (2333 S. 441).

Vorübergehend Invaliden, die keinen Anspruch auf Krankengeld hatten, ist die Krankenrente erst zu

Digitized by Google

zahlen, wenn sie 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen sind; § 1255 Abs. 3 RVO. (2334 S. 442).

Wird eine bis zum 31. Dezember 1915 rechtskräftig festgesetzte Waisenrente später hinsichtlich ihrer Höhe abgeändert, so sind von dem Zeitpunkt an, in dem die für die anderweite Festsetzung maßgebende Änderung der Verhältnisse eintritt, die Vorschriften des Gesetzes betr. Renten in der Invalidenversicherung vom 12. Juni 1916 (RGBl. S. 525) anzuwenden (2335 S. 443).

Die Aufbewahrung der Quittungskarte durch den Arbeitgeber und die Unterlassung ihres rechtzeitigen Umtausches (§ 1442 Abs. 2 RVO.) schließt ein Verschulden des Versicherten dann nicht aus, wenn er weiß, daß der Arbeitgeber keine Beiträge entrichtet, und wenn er ihn gleichwohl nicht hierzu anhält (2336 S. 444).

Im Beitragsverteilungsverfahren nach § 396 Abs. 2 RVO. ist kein Raum für eine Entscheidung über das Versicherungsverhältnis, sondern das Verfahren ist, wenn das Versicherungsverhältnis streitig wird, auszusetzen und zunächst eine Entscheidung nach § 405 Abs. 2 herbeizuführen (2337 S. 445).

Ein unständig Beschäftigter, der nach der Kassensatzung im Erkrankungsfalle wegen unzureichender Beitragszahlung keinen Anspruch auf Krankengeld hat (§ 452 Abs. 1 RVO.), braucht gleichwohl (nach § 383) während der Arbeitsunfähigkeit keine Beiträge zu entrichten, solange ihm Anspruch auf Krankenpflege zusteht (2338 S. 447).

Die Nebenstrafe aus § 531 Abs. 2 RVO., welche die Kasse dem wegen Verletzung der Meldepflicht Bestraften auferlegt hat, kann im Beschwerdeverfahren auch aus Zweckmäßigkeitsgründen aufgehoben werden (2339 S. 448).

Ein Anspruch auf Hausgeld, über den nach § 1273 RVO. vom Oberversicherungsamte zu entscheiden wäre, ist nicht gegeben, wenn sich ein Versicherter auf Anordnung der Landesversicherungsanstalt aus Anlaß eines Heilverfahrensantrags einer Beobachtung in einem Krankenhaus unterzieht. Es kann aber aus Billigkeitsgründen eine Ersatzleistung der Versicherungsanstalt wegen Lohnausfalls geboten sein; Beschwerden hierüber entscheidet die Aufsichtsbehörde (3340 S. 450).

B. Allgemeines.

Versicherungsrechtliche Stellung der Krankenschwestern bei Übernahme von Privatpflegen.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 10. November 1916 (P. 233/16).

Wenn man den Charakter der Tätigkeit der Krankenschwester für sich ins Auge faßt, so kann an der Versicherungspflicht im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte kein Zweifel sein. Die Pflegeschwestern dieser Art erheben sich über den Kreis der handarbeitenden Bevölkerungsklasse sowohl nach der Art ihrer Tätigkeit und nach ihrer Ausbildung als auch nach ihrer Bezahlung und der allgemeinen sozialen Stellung, die ihnen beigemessen wird. Die Pflegeschwester hat, wie in ihrer Äußerung vom 9. Oktober 1915 bemerkt wird, eine theoretische und praktische Ausbildung genossen und ist im Besitz eines Ausweises als staatlich anerkannte Krankenpflegeperson. Wie in einer Äußerung der Schwester an das Oberschiedsgericht hervorgehoben wird, ist die staatliche Anerkennung im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin ausgefertigt. Ebendaselbst wird hervorgehoben, daß sie eine mehrjährige Krankenhaustätigkeit ausgeübt habe und die Fertigkeit besitze, eine Narkose zu machen, bei Operationen zu assistieren, zu instrumentieren, zu verbinden und alles andere zu tun, was in der Krankenpflege notwendig sei.

Diese Verrichtungen, bei denen eine grobe, schwere Arbeit zu leisten ist, welche sonst zur Tätigkeit eines Dienstboten gehört, fallen nicht in ihren Tätigkeitsbereich. Die Pflegeschwester gibt in ihrer Erklärung auf dem Fragebogen an, sie habe derartiges nur verrichtet, wenn ihr Pflichtgefühl sie dazu gedrängt habe. Das Zimmer habe sie nur aufgeräumt, wenn es niemand sonst getan habe. Auch in den Pflegebedingungen des Schwesternheims „Nettelbeckhaus" ist zu Nr. 3 hervorgehoben, daß die Schwestern zur Krankenpflege gehörige Arbeiten zu leisten, dagegen keine andere Hausarbeit zu verrichten haben, ausgenommen in der Armenpflege. Unter diesen Umständen ist dem Rentenausschuß durchaus darin beizustimmen, daß eine höhere Tätigkeit vorliegt. Die Schwester hatte in ihren Pflegestellen für die Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahmen zu sorgen und in der eigentlichen, durch die Erkrankung gebotenen und ihre Heilung bezweckenden Wartung und Pflege der Patienten tätig zu sein. Sonstige Dienstleistungen niederer Art, Reinigung des Krankenzimmers sowie persönliche Bedienung des Kranken traten demgegenüber an Bedeutung zurück. Die Ausübung der eigentlichen Krankenpflege ist mit Recht nicht der Handarbeit zugerechnet. Es gehören dazu neben der hierzu erforderlichen Vorbildung, Pflichtgefühl, Umsicht, Intelligenz und eine Verantwortung höherer Art, um den Anordnungen des Arztes gemäß die Pflege durchzuführen.

Wenn das Schiedsgericht in seinem Gutachten

Digitized by Google

demgegenüber bemerkt, weder das Erfordernis besonderer Sachkenntnis und Aufmerksamkeit, noch dasjenige besonderer Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit schließe den Begriff des bloßen Arbeiters aus, so ist dies an sich zutreffend, aber nicht entscheidend, da die Versicherungspflicht im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auch ohnedies aus der Art der der Krankenschwester obliegenden Tätigkeit hergeleitet werden muß.

Insbesondere kommt hierfür nicht in Betracht, daß der Schwester eigentliche Aufsichtsbefugnisse nicht zustehen, daß ihr also andere Arbeitskräfte in Privatpflegen nicht unterstellt sind. Das Schiedsgericht bemerkt, Abs. 1 Nr. 2 des § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte komme deshalb nicht in Betracht, weil es der Pflegeschwester an jedem Anordnungs- und Aufsichtsrecht gegenüber dem Patienten fehle. Hierauf kommt es aber nicht an. Der Kranke selbst ist Objekt der Tätigkeit der Pflegeschwester. Die Aufsichtsbefugnis kann sich nur in bezug auf die dem Werkführer und ähnlich gehobenen Angestellten unterstehenden Mitarbeiter äußern.

Es wird aber, wie insbesondere in dem Beschlusse des Oberschiedsgerichts vom 16. Juni 1916 — P. 55/16 — AVR. 1916 S. 242 Nr. 156, ausgesprochen ist, eine ähnlich gehobene Stellung im Sinne der Nr. 2 nicht schlechthin durch das Vorhandensein der Aufsichts- oder Anordnungsbefugnisse des eigentlichen Werkmeisters oder Betriebsbeamten bedingt, vielmehr ist die Versicherungspflicht überall da gegeben, wo der Angestellte durch den allgemeinen sozialen Typus seiner Stellung, durch die Höhe seiner Bezüge oder durch die sonstige rechtliche und tatsächliche Ausgestaltung seines Dienstverhältnisses, insbesondere auch durch die vorwiegend geistige, künstlerische oder mit besonderer Selbständigkeit umgebene Art seiner Tätigkeit aus dem Kreise der eigentlich handarbeitenden Bevölkerung herausgehoben wird. Hierin liegt die Ähnlichkeit seiner gehobenen Stellung mit derjenigen des Werkmeisters oder Betriebsbeamten, die das Gesetz erfordert.

Daß diese Erfordernisse bei der Stellung der ausgebildeten Krankenschwester vorhanden sind, ergibt sich nach der ganzen sozialen Auffassung und dem wirtschaftlichen und beruflichen Gepräge ihrer Stellung von selbst. Der Beschluß des Oberschiedsgerichts vom 9. Juli 1916 in Sachen P. und R. — P. 198/15 —, auf welchen sich das Schiedsgericht zur Begründung seines Gutachtens beruft, betrifft einen neben seinem ständigen Einkommen zu einem wesentlichen Teile auf Trinkgeldereinnahme angewiesenen Badediener und Masseur, dessen Tätigkeit sich so gut wie ausschließlich auf dem Gebiete des Äußerlichen und rein Mechanischen bewegt, insbesondere, abgesehen von der Vorbereitung der medizinischen Bäder, der Ausübung der Massage und der Zubereitung und Ausführung von Schlamm-, Moor-, Licht- und elektrischen Bädern, insbesondere auch die sämtlichen niederen Dienstleistungen in den Zellen, die Bedienung des Publikums und die Reinigung der Zellen und Badegeräte umfaßte. Demgegenüber ist bereits in dem Beschlusse vom 19. Mai 1916 — P. 19/16 —, AVR. 1916 S. 222 Nr. 145, ein Heilgehilfe, der für die Arbeiter einer Fabrik ständig angestellt war und eine weitreichende Selbständigkeit in der Behandlung und insbesondere in Ansehung der ersten Hilfe bei Unfällen und in der Ausführung der weiteren Behandlung nach den allgemeinen Anweisungen des Arztes besaß, für versicherungspflichtig erklärt worden.

Im vorliegenden Falle ist insbesondere zu berücksichtigen, daß, wie bereits hervorgehoben, alle niederen hauswirtschaftlichen Arbeiten vollständig von den Verrichtungen der Schwester ausgeschieden waren. In der Beschwerdeschrift der Frau L. vom 12. Juli 1916 wird zwar bemerkt, daß sie eigentliche Krankenpflege als Hauptbeschäftigung nicht bei ihr ausgeübt habe und nach ihren eigenen Angaben auch nicht als Krankenpflegerin, sondern als Irrenwärterin ausgebildet gewesen sei. Auch diese Ausführungen laufen daraus hinaus, daß die eigentliche Pflege des erkrankten Sohnes in den Händen der Beschwerdeführerin geblieben und die Schwester hauptsächlich zur Überwachung des Sohnes, welcher infolge eines nervösen Leidens niemals habe allein bleiben können, fortwährend ohne Beschäftigung im Krankenzimmer habe verbleiben müssen. Auch diese Tätigkeit erfordert aber die volle Aufmerksamkeit und Verantwortlichkeit der Schwester, insbesondere die Anwendung ihres berufsmäßigen Ermessens, ob sich irgendwelche bedenklichen Anzeichen oder Störungen in dem Befinden des Kranken bemerkbar machen. Ob und in welchem Umfang sie daneben zur Verrichtung der eigentlichen Pflegedienste berufen war, kommt für die Beurteilung der Versicherungspflicht nicht ausschließlich in Betracht.

Eine Verpflichtung der Beschwerdeführer zur Entrichtung von Beiträgen nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte kommt schon deshalb nicht in Frage, weil es an einem Anstellungsverhältnis der Krankenschwester zu den privaten Auftraggebern, den Kranken oder ihren Angehörigen, fehlt. Die Frage der Versicherungspflicht berufsmäßiger Krankenpflegerinnen ist in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts wiederholt erörtert und dahin beantwortet worden, daß das Vorliegen eines versicherungspflichtigen Anstellungsverhältnisses immer nur nach der Lage der besonderen Verhältnisse beurteilt

Digitized by Google

werden könne. Im allgemeinen sind selbständige Krankenpflegerinnen, die nicht in ein festes Dienstverhältnis zu einzelnen Personen oder gewerblichen Unternehmungen, öffentlichen Anstalten, Vereinen usw. getreten sind, sondern je nach Angebot und freiem Ermessen bei einem nicht geschlossenen Kreise beliebiger Auftraggeber die Pflegetätigkeit längere oder kürzere Zeit hindurch ausüben, gewerbliche Unternehmer. Sie stellen ihre Arbeitskraft nicht dem Auftraggeber nach dessen näherer Anordnung zur Verfügung, sondern übernehmen Leistungen bestimmt abgegrenzter Art, die sich von den Geschäften der Hauswirtschaft in merkbarer Weise abheben und ein nicht unerhebliches Maß von Kenntnissen und eigentlicher Fachbildung voraussetzen. Der Pflegerin verbleibt ein weiter Spielraum für ein selbständiges Handeln auf eigene Verantwortung. Eine persönliche Abhängigkeit von dem Kranken oder dessen Angehörigen wird durch die Übernahme der Pflege nicht begründet. Es fehlt also im allgemeinen durchaus an einem Verhältnis persönlicher Abhängigkeit, ohne welches ein Anstellungsverhältnis im Sinne des Gesetzes nicht gedacht werden kann.

Anders wäre es nur zu beurteilen, wenn die Pflege nicht als eine besondere, außerhalb der Haushaltspflichten stehende Leistung übernommen wird, sondern die Krankenschwester die Arbeiten der durch das Wochenbett oder sonstige Krankheit behinderten Hausfrau bezüglich der Besorgung des ganzen Haushalts ersetzen und hierbei u. a. auch bei dem Kranken Dienste tun soll. In solchen Fällen würde die Krankenschwester als eine Hilfskraft der Hauswirtschaft als solcher und in ihrer Stellung naturgemäß von dem Hausherrn oder der Hausfrau persönlich abhängig sein, insbesondere in einfacheren, namentlich ländlichen Verhältnissen.

An dieser Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, welche namentlich in der Revisionsentsch. 763 vom 8. Februar 1899, Amtl. Nachr. 1899 S. 629, und in der Revisionsentsch. 916 vom 2. Mai 1901 a. a. O. 1901 S. 438 niedergelegt ist, ist auch für die Angestelltenversicherung festzuhalten. Es gelten hier die gleichen Gesichtspunkte; das Gesetz bietet keinen Anhalt für eine Verschiedenheit der Reichsversicherungsordnung von dem Versicherungsgesetz für Angestellte in dieser Beziehung.

Das Ergebnis entspricht auch durchaus der Sachlage. Es läßt sich nicht verkennen, daß eine Krankenpflegerin, die ohne die Verpflichtung zur Leistung von hauswirtschaftlichen Arbeiten eine bestimmt abgegrenzte Pflege übernimmt, dem Haushaltungsvorstand ganz anders gegenübersteht, als ein Dienstbote oder ein sonstiger Angestellter des Haushalts. Die Selbständigkeit der Stellung fällt in die Augen. Insbesondere fehlt jedes Anzeichen einer persönlichen Abhängigkeit der Krankenpflegerin von einem Dienstherrn. Wie die Ermittlungen ergeben, kannten die einzelnen Auftraggeber weder die persönlichen Verhältnisse, noch zum Teil den eigentlichen Namen der Pflegerin, die ihnen nur als „Schwester Eva" von dem Schwesternheim oder von der Klinik zugewiesen worden war. In der Beschwerdeschrift der Frau L. vom 12. Juli 1916 wird zutreffend darauf hingewiesen, daß die Rechnung des Schwesternheims lediglich über eine bestimmte Anzahl von Pflegetagen gelautet habe, ohne daß dabei im geringsten bemerkbar gemacht worden sei, daß inzwischen ein Wechsel der beschäftigten Pflegerin eingetreten wäre. Besonders charakteristisch ist dieser Gesichtspunkt bei dem Falle des Beschwerdeführers J., dessen Ehefrau in einer Klinik untergebracht worden war und eine besondere Pflegerin lediglich nach Anordnung und Auswahl des Vorstandes der Klinik zugewiesen erhielt. Die Vergütung der Klägerin wurde in der Klinikrechnung berechnet, so daß jegliches Band persönlichen Zusammenhalts zwischen dem Ehemanne der Kranken und der angenommenen Pflegerin fehlte. Namentlich fehlt auch jeder Anhalt dafür, daß dem Ehemann der Kranken ein bestimmender Einfluß auf die Auswahl und auf die Tätigkeit der Pflegerin eingeräumt worden wäre.

Hiermit steht auch durchaus in Einklang, daß in der Begründung zu § 4 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ausdrücklich auf die selbständigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen hingewiesen und gerade damit die Befugnis des Bundesrats gerechtfertigt wird, die Versicherungspflicht auf derartige Personen zu erstrecken, die eine ähnliche Tätigkeit, wie die in § 1 genannten, auf eigene Rechnung ausüben. Von dieser Befugnis ist bisher kein Gebrauch gemacht worden.

Hieraus ergibt sich der entscheidende Unterschied des vorliegenden Verhältnisses von demjenigen der Hauslehrer und Hauslehrerinnen, auf welches die Reichsversicherungsanstalt in ihrer Eingabe vom 3. November 1916 hinweist. Hauslehrer und Hauslehrerinnen, die aus dem Unterrichtgeben bei wechselnden Auftraggebern ein Gewerbe machen, sind schon in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts als versicherungspflichtige Angestellte der Auftraggeber behandelt worden. Bei den engen Beziehungen zwischen dem Versicherungsgesetz für Angestellte und den früheren sozialen Versicherungsgesetzen, insbesondere der Reichsversicherungsordnung, ergibt sich eine Übertragung dieser Rechtsauffassung auf das Versicherungsgesetz für Angestellte von selbst; sie hat auch in dem Gesetz über die Angestelltenversicherung der Privatlehrer vom 22. Juni 1913,

Digitized by Google

Reichs-Gesetzbl. S. 600, einen gesetzlichen Anhalt und Ausdruck gefunden. Dies fehlt bei den Privatkrankenpflegern und Krankenpflegerinnen. Eine Übertragung der für Privatlehrer und Privatlehrerinnen anerkannten Rechtsgrundsätze auf sonstige, vielleicht in der einen oder anderen Beziehung ähnlich erscheinende Verhältnisse ist daher nicht ohne weiteres zulässig.

C. Zur Krankenversicherung.

Beschränkte Geltung des Kommunalbeamtengesetzes für Krankenkassenbeamte.

Bescheid des **preußischen Ministers für Handel und Gewerbe** v. 30. April 1917.

Die Angestellten der Krankenkassen, denen nach § 359 RVO. die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen worden sind, sind dadurch nicht Beamte eines bestimmten Kommunalverbandes, z. B. der Stadtgemeinde, für deren Bezirk die Kasse errichtet ist, geworden. Von dem Gesetze vom 30. Juli 1899, betreffend die Anstellung und Versorgung der Kommunalbeamten, haben daher die besonderen Vorschriften, welche die Rechtsverhältnisse der Beamten der im Gesetze aufgeführten einzelnen Kommunalverbände regeln, für die Beamten der Krankenkassen keine Geltung. Dagegen halte ich die allgemeinen Bestimmungen des Gesetzes, soweit sie die Rechtsansprüche der Beamten zum Gegenstand haben, auf die Kassenbeamten für anwendbar. Ich bemerke indes, daß hierdurch einer Entscheidung im ordentlichen Rechtswege über die Frage, inwieweit das Gesetz vom 30. Juli 1899 für die Beamten der Krankenkassen gilt, nicht vorgegriffen wird.

Keine Rückwirkung des Abkommens zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen zu § 1513 RVO.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt München** v. 30. November 1916 (29526 K.).

Der Kraftwagenführer H. erlitt einen Betriebsunfall und erhielt von der klagenden Krankenkasse die satzungsmäßige Krankenhilfe. Auf Ersuchen der beklagten Berufsgenossenschaft wurde er von der Klägerin über den Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall hinaus bis 5. August 1914 mit Krankengeld und Krankenpflege unterstützt. Hierfür leistete die Beklagte Ersatz in Höhe des vollen Krankengeldes; den Ersatz für Krankenpflege aber, der sich bei einem Grundlohn von 5,50 ℳ für 74 Tage gemäß § 1503 RVO. auf 152 ℳ 63 ₰ beziffert, lehnte sie in dieser Höhe ab. Sie berief sich dabei auf das Abkommen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen (ArbVers. 1913 S. 22), dem die Klägerin unterm 28. August 1914 beigetreten ist, insbesondere auf § 12, wonach schwebende Streitfälle tunlichst nach dem Abkommen geregelt werden sollen, und auf § 8 Abs. 2, wonach im vorliegenden Fall lediglich ein Pauschbetrag von 10 ℳ zu ersetzen sei. Nur diesen Betrag zahlte die Beklagte. Das Versicherungsamt verurteilte sie aber zur Zahlung auch des Restes von 142,63 ℳ mit folgender Begründung:

Die Entscheidung hängt davon ab, ob der geltend gemachte Ersatzanspruch nach der RVO. oder dem Abkommen zu beurteilen ist. Die Klägerin ist dem Abkommen erst zu einer Zeit beigetreten, als die Unterstützung des Versicherten schon erledigt und ihre Ersatzansprüche nach den §§ 1501 ff. RVO. zur Entstehung gelangt waren. Eine rückwirkende Kraft ist dem Abkommen nicht beigelegt. Es ist den Versicherungsträgern allerdings anempfohlen, schwebende Streitfälle nach dem Abkommen zu erledigen. „Schwebende Streitfälle sollen tunlichst nach den Bestimmungen dieses Abkommens geregelt werden" (§ 12 Abs. 2). Diese Vorschrift des Abkommens begründet für die Versicherungsträger jedoch keine rechtlich bindende, erzwingbare Verpflichtung, sich in den schwebenden, d. h. zu der Zeit, in der das Abkommen für sie wirksam wird, noch nicht erledigten Streitfällen, schon an dessen Bestimmungen zu halten.

Auch aus § 1661 Ziff. 2 RVO. ist ein „Anspruch" auf Krankenhauspflege nicht herzuleiten.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 13. November 1916 (2320 Amtl. Nachr. 1917 S. 388).

Wie das Reichsversicherungsamt in den Revisionsentsch. 1935 und 2191 sowie in der Entsch. des Beschlußsenats 2260 (Amtl. Nachr. 1914 S. 818, 1916 S. 478, 647) unter eingehender Würdigung der Entstehungsgeschichte des § 184 Abs. 4 RVO. dargelegt hat, läßt sich aus dieser Gesetzesvorschrift weder ein im Spruchverfahren verfolgbarer Anspruch der Versicherten auf Krankenhauspflege noch die Befugnis der Aufsichtsbehörde herleiten, die Übernahme der Krankenhauspflege durch die Krankenkasse im Einzelfalle zu erzwingen. Der erkennende Senat hatte keinen Anlaß, hiervon abzuweichen. Auch § 1661 Nr. 2 a. a. O., auf den die Revision verweist, steht diesem Grundsatz nicht entgegen. § 1661 gehört zu den Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung, die das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamte regeln. Er betrifft die Fälle, in denen der Vorsitzende über Leistungen der Krankenversicherung in öffentlicher mündlicher Verhandlung allein entscheidet. Das geschieht unter anderem dann, wenn

Digitized by Google

es sich handelt um „2. Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenhilfe". Diese Vorschrift verdankt ihre Entstehung einem Antrag in der Reichstagskommission und ist zusammen mit den jetzigen §§ 1657 bis 1659 in den Gesetzentwurf eingeschoben worden, um für unbedeutende Sachen ein vereinfachtes Verfahren zu schaffen. Nach der ursprünglichen Fassung des Antrags sollte es heißen: wenn es sich handelt um „2. Krankenhauspflege". Hierzu bemerkt ein Regierungsvertreter, die Krankenhauspflege trete nach § 199 (jetzt 184) an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes, so daß es sich dabei um sehr erhebliche Leistungen handeln könne, die man nicht der Entscheidung des Vorsitzenden allein überlassen könne. Voraussichtlich sei aber der Antrag so gemeint, daß Streitigkeiten darüber, ob an Stelle von Krankenpflege und Krankengeld dem Erkrankten Krankenhauspflege gewährt werden könne — z. B. ob seine Zustimmung nötig sei (§ 199 Abs. 2, jetzt § 184) —, der Vorsitzende allein entscheide. Jedenfalls könne man sich nur in dieser Beschränkung mit dem Vorschlag einverstanden erklären. Diesem Bedenken trug der Antragsteller Rechnung, indem er der Nr. 2 die Fassung gab: „Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenpflege". Schließlich wurde in zweiter Lesung das Wort „Krankenpflege" durch „Krankenhilfe" ersetzt (Kommissionsber. VI S. 144 ff.). Aus den Verhandlungen der Reichstagskommission ergibt sich also, daß man bei Schaffung der neuen Vorschrift in erster Linie Fälle im Auge hatte, in denen streitig ist, ob an Stelle von Krankenpflege und Krankengeld Krankenhauspflege gewährt werden „kann". Damit ist nicht, wie der Armenverband in dem Schriftsatz vom 9. November 1916 annimmt, gemeint, ob die Kasse dies auch wirtschaftlich leisten „kann", sondern ob sie die Krankenhauspflege gewähren „darf". Das ergibt sich aus dem von dem Regierungsvertreter angeführten Beispiel, wenn es sich darum handle, ob die Zustimmung des Kranken nötig sei. In solchen Fällen ist lediglich das „Recht" der Kasse streitig, die Krankenhilfe auch gegen den Willen des Kranken in Gestalt von Krankenhauspflege zu gewähren. Ob das Verfahren nach § 1661 Nr. 2 auch dann Platz greift, wenn die Kasse an sich bereit ist, Krankenhauspflege zu gewähren, und nur über den Umfang des Anspruchs Streit besteht, oder wenn — wie bei der erweiterten Krankenpflege (§§ 426 ff., 429, 435, 437, 487 RVO.) — ein Anspruch auf Krankenhauspflege auf Grund einer besonderen gesetzlichen Vorschrift gegeben ist, kann hier dahingestellt bleiben. Keinesfalls kann aber aus einer rein prozeßrechtlichen Vorschrift, als welche sich § 1661 nach dem gesagten darstellt, ein materieller Anspruch, wie der Anspruch auf Krankenhauspflege, abgeleitet werden, der nicht schon auf Grund einer anderen Vorschrift im Gesetze besteht. Aus ähnlichen Erwägungen ist bereits in der erwähnten Revisionsentscheidung 2191 (Amtl. Nachr. 1916 S. 480 oben) der Versuch zurückgewiesen, einen klagbaren Anspruch auf Krankenhauspflege auf § 371 RVO. zu stützen, wo von Fällen die Rede ist, in denen „die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat". Auch dort kann es sich nur um Fälle handeln, wo die Kasse die Verpflichtung, Krankenhauspflege zu gewähren, freiwillig übernommen hat, oder wo — wie bei der erweiterten Krankenpflege — eine solche Verpflichtung nach ausdrücklicher Vorschrift besteht. Eine im einzelnen Falle erzwingbare Verpflichtung der Kassen, Krankenhauspflege zu leisten, ist im allgemeinen unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung ebensowenig anzuerkennen, wie nach dem Krankenversicherungsgesetz, insbesondere auch nicht, wenn die Voraussetzungen des § 184 Abs. 4 RVO. vorliegen. Zweifelhaft kann die in dem Schriftsatz des Armenverbandes vom 9. November 1916 aufgeworfene Frage sein, ob eine Kasse im Spruchverfahren verurteilt werden kann, die einmal begonnene Krankenhauspflege, die ohne Schaden für die Gesundheit des Versicherten nicht abgebrochen werden kann, fortzugewähren. Hierüber war im vorliegenden Falle jedoch nicht zu entscheiden; vielmehr war, da die angefochtene Entscheidung nicht zu beanstanden ist, die Revision zurückzuweisen.

D. Zur Unfallversicherung.

Voraussetzungen der Rente für Verwandte aufsteigender Linie.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 9. Dezember 1916 (Ia 119/15. 14 B).

Ein Rentenanspruch von Verwandten aufsteigender Linie eines infolge eines Betriebsunfalls gestorbenen Arbeiters ist nach der Reichsversicherungsordnung nur begründet, wenn sein Lebensunterhalt wesentlich aus dem Arbeitsverdienste des Verstorbenen bestritten worden ist, und ferner nur dann, wenn und solange er sich in einem Zustande der Bedürftigkeit befindet. Maßgebend sind hier die Verhältnisse zur Zeit des tödlichen Unfalls, den der Sohn des Klägers am 6. April 1914 erlitten hat. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, wenn die Grundlagen einer nach den Verhältnissen des Arbeiterstandes einigermaßen auskömmlichen Lebenshaltung auch sonst geschaffen sind. Es kommt also darauf an, welche Einkommenquellen der Kläger zur Bestreitung seines Unterhalts in der maßgebenden Zeit des Unfalls sonst noch zur

Digitized by Google

Verfügung gehabt hat. In dieser Beziehung ist die Lage des Klägers zu jener Zeit folgende gewesen: Er bezog eine Invalidenrente im Jahresbetrage von 242 ℳ, seine Frau hat unter Beihilfe der im Haushalte der Eltern lebenden Tochter Hedwig, welche auch mit Hausarbeiten beschäftigt war, bei der Firma L. durch Heimarbeiten in der Zeit vom 1. April 1913 bis 31. März 1914 = 658,12 ℳ verdient. Wenn auch der Verdienst der im Haushalt lebenden zweiten Tochter Elisabeth, welche bei Frau K. im Jahre 1914 ein monatliches Gehalt von 25 ℳ ohne Pension bezog, durch deren Unterhalt verbraucht wurde, so verblieb dem Kläger doch zu seinem und seiner Frau und einer Tochter Unterhalt eine Einnahme von 900 ℳ, der für seine Lebensstellung, wenn auch vielleicht knapp, so doch ausreichend war. Sein verstorbener Sohn, welcher im Unfallbetriebe erst 50 Tage gearbeitet hatte, verdiente darin zwar täglich 5,83 M. Die angestellten Ermittlungen haben aber nicht ergeben, daß er aus diesem Verdienste wesentlich zu dem Unterhalte des Klägers beigetragen hat. Denn nach dem Berichte des Unfallbetriebs vom 20. Mai 1916 ist seinen Mitarbeitern von Unterhaltsbeiträgen an den Kläger nichts bekannt geworden und die als Zeugin vernommene Frau K. und die beiden Töchter des Klägers haben nichts Zuverlässiges bekunden können. Wenn auch der Verstorbene von seinem Verdienste einige Beiträge an den Kläger abgegeben haben mag, so ist doch nicht erweislich, daß sie neben den sonstigen Einnahmen des Haushalts des Klägers wesentlich gewesen sind. Der Rekurs war hiernach zurückzuweisen.

E. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Vorübergehende oder dauernde Invalidität?

Urteil des **Württ. Oberversicherungsamts** (Spruchkammer Reutlingen) vom 8. März 1917.

Die Frage, ob die Annahme vorübergehender oder dauernder Invalidität begründet ist, hat seit Ausbruch des Weltkrieges die Versicherungsbehörden in zahlreichen Fällen beschäftigt. Dadurch, daß die Landesversicherungsanstalten anfangs den Verstümmelten gegenüber eine überaus milde Praxis bewiesen und fast durchweg ohne Unterscheidung Invalidenrente zuerkannt haben, daß dann aber angesichts der durch die lange Dauer des Krieges bedingten starken finanziellen Belastung einerseits und der dank der aufopfernden Tätigkeit der Ärzte und der weitgehenden Kriegsfürsorge auf allen Gebieten erzielten günstigen Erfolge im Heilverfahren und in der Verwertung der den Verwundeten verbliebenen Arbeitskraft andererseits plötzlich mit dieser milden Praxis gebrochen und in jedem Falle genau geprüft wurde, ob es sich um vorübergehende oder dauernde Invalidität handelte, sahen sich viele Kriegsverletzte, in der Meinung, es sei ihnen Unrecht geschehen, veranlaßt, die Entscheidung der Oberversicherungsämter anzurufen.

Der Maurerpolier H. hat gegen den Bescheid der Versicherungsanstalt Württemberg, durch den ihm, anläßlich seiner am 26. Januar 1916 erlittenen Kriegsverwundung am rechten Knie mit nachfolgender Amputation des rechten Oberschenkels über dem Knie **Krankenrente** (Rente für vorübergehende Invalidität) mit Wirkung vom 26. Juli 1916 bewilligt worden ist, Berufung eingelegt und beantragt, in erster Linie die Versicherungsanstalt Württemberg zur Zahlung einer Invalidenrente an ihn vom 26. Januar 1916 an zu verurteilen, oder aber die Sache gemäß § 1693 Abs. 1 RVO. an das Reichsversicherungsamt abzugeben. In der Sitzung ist der Kläger von einem Vertrauensarzt des Oberversicherungsamts nochmals untersucht worden. Der Gerichtsarzt hatte darauf folgendes Gutachten erstattet: „Das rechte Bein ist über dem Kniegelenk abgenommen. Die Wundheilung ist jetzt beendet; der Stumpf erträgt jetzt eine direkte Belastung. Die Stumpfkuppe ist mit guter Haut bedeckt. Die Narbe befindet sich an der Hinterfläche des Oberschenkels an einer Stelle, die noch druckempfindlich ist. H. hat eine gut sitzende Prothese, mit der er unter Benützung eines Stocks vorsichtig und etwas langsam, aber sicher einhergeht. Man kann annehmen, daß er, seitdem er die Arbeit wieder aufgenommen hat, zu weniger als 66⅔ Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit gestört ist. Nach meinem Dafürhalten handelt es sich nur um vorübergehende Invalidität." Hierauf wurde die Berufung zurückgewiesen mit folgender **Begründung**:

Das Oberversicherungsamt hat auf Grund des Gutachtens des Assistenzarztes Sch. am Reservelazarett und der heutigen Ausführungen des Gerichtsarztes in Übereinstimmung mit dem Kgl. Versicherungsamt T. und der Beklagten angenommen, daß die durch die Kriegsverwundung bedingte Invalidität des Klägers nur eine vorübergehende war, da bei Durchführung der Heilbehandlung von Anfang an damit gerechnet werden konnte, daß H. in absehbarer Zeit wieder so weit hergestellt werde, daß er ein Drittel der Norm zu erwerben in der Lage sei. Ein Jahr nach seiner Verwundung hat denn auch H. schon eine Beschäftigung gefunden, bei der er ein Anfangsgehalt von 80 ℳ verdient. Die auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 19. Januar 1909 (Amtl. Nachr. 1909 S. 424 Ziff. 1372) gestützte Ansicht des klägerischen Vertreters, bei Krankenrenten, also bei vorübergehender Invalidität, dürfe der Rentenbezug nicht länger als ein Vierteljahr dauern, andernfalls handle es sich um dauernde Invalidität und sei Invalidenrente zu gewähren, konnte nicht als zutreffend anerkannt werden. Die erwähnte Entscheidung ist die einzige, in der davon die Rede ist, der Gesetzgeber sei davon ausgegangen, daß es sich bei den Krankenrenten nur um vorübergehende Bezüge handle, die durchschnittlich ein Vierteljahr zu zahlen sein würden. Daß der Gesetzgeber hiervon ausge-

Digitized by Google

gangen wäre, kann eigentlich nicht gesagt werden, sondern es wurde eben in der Denkschrift, betreffend die Höhe und Verteilung der finanziellen Belastung aus der Invalidenversicherung, so angesehen. Diese voraussichtliche Annahme (s. auch Düttmann, Kommentar zum 4. Buch der RVO. S. 47) hat sich später nicht bestätigt und in der Praxis als unhaltbar erwiesen. Eine grundsätzliche Festlegung der Versicherungsanstalten und Versicherungsbehörden darauf, daß, wenn Invalidität länger als 9 Monate bestehe und damit Krankenrente länger als 3 Monate zu gewähren wäre, dauernde Invalidität anzunehmen und deshalb Invalidenrente zu bewilligen sei, wollte sicher nicht erfolgen. Die eingangs erwähnte Revisionsentscheidung hat in der Tat diesen Punkt nur nebenher angeführt, sie galt in der Hauptsache der Auslegung des § 112 InvVersGes. („Die Versicherungsanstalt, die die Krankenrente festgesetzt hat, ist in der Regel auch zuständig zur Festsetzung der Invalidenrente.") Im übrigen ist nach „der ständigen Rechtsprechung" des RVA. eine Erwerbsunfähigkeit als eine vorübergehende im Sinne des InvVersGes. (und nun auch, da sich hierin nichts geändert hat, der RVO.) dann anzusehen, wenn ihre Beseitigung nach verständiger, sachlich begründeter Voraussicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist. (S. Amtl. Nachr. 1911 S. 433 Ziff. 1550 und die dort weiter zitierten Revisionsentscheidungen.) Mit den Worten „in absehbarer Zeit" soll gerade eine bestimmte zeitliche Begrenzung ausgeschlossen, vielmehr der Prüfung von Fall zu Fall überlassen sein, ob nach den jeweiligen besonderen Verhältnissen dauernde oder vorübergehende Invalidität vorliegt. Auch Düttmann hat in seinem Kommentar a. a. O. Note 5 vorausgeschickt „Dauernde Invalidität ist eine solche, deren Beseitigung in absehbarer Zeit nicht möglich ist, sie ist ein Zustand, in welchem eine bestimmte Hoffnung auf Heilung oder wesentliche Besserung in absehbarer Zeit nicht besteht." Die Wiedergabe des folgenden Satzes (ohne Stellungnahme dazu) ist dann freilich nicht recht verständlich. In den anderen maßgebenden Kommentaren (siehe Hanow-Lehmann S. 116 Note 7: „Hiernach kann der Umstand, daß die Invalidität lange Zeit hindurch besteht, für sich allein nicht die Annahme begründen, daß sie dauernd sei", Weymann S. 256 Note 5, Stier-Somlo, kleiner Kommentar S. 903 Note 3, Biesenberger S. 22 Note 1) ist durchweg die gleiche Beurteilung zu finden. Solange ein Heilverfahren durchgeführt wird, wobei die Aussicht auf Heilung bzw. Wiederherstellung von einem Drittel Erwerbsfähigkeit unter verständiger Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände wirklich gegeben ist, wird dauernde Erwerbsunfähigkeit für die Regel zu verneinen sein. Bei dieser Rechtslage kann der mehrerwähnten Revisionsentscheidung vom 19. Januar 1909 bzw. dem hervorgehobenen gelegentlichen Passus in derselben nicht die Bedeutung einer grundsätzlichen Entscheidung im Sinne des § 1693 Abs. 1 RVO. verglichen mit § 1716 Abs. 3 RVO. und § 1 Abs. 2 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 30. Dezember 1911 (RGBl. 1912 S. 2) zuerkannt werden. Ebensowenig trifft zu, daß es sich im vorliegenden Falle um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Käme der Revisionsentscheidung vom 19. Januar 1909 in der in Rede stehenden Richtung grundsätzliche Bedeutung zu, so hätte die Spruchkammer (damals, jetzt Senat) des Reichsversicherungsamts, welche die spätere Entscheidung vom 9. Mai 1911 (s. oben) getroffen hat, bei ihrer abweichenden Anschauung gemäß Ziff. 5 der Kaiserl. Vrdg., betr. die Formen des Verfahrens und den Geschäftsgang des Reichsversicherungsamts in den Angelegenheiten der Invalidenversicherung, vom 6. Dezember 1899 (RGBl. S. 687) die Sache der erweiterten Spruchkammer (jetzt Senat) zur Verhandlung und Entscheidung überweisen müssen.

Hiernach bestand für das Oberversicherungsamt kein Anlaß, die Sache an das Reichsversicherungsamt abzugeben, und war die Berufung als unbegründet zu verwerfen.

F. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1917 S. 90 ff.)

Nr. 204. Der Polizeisergeant einer kleineren Gemeinde, der in der Hauptsache öffentliche Gelder einkassiert und daneben einfache polizeiliche Dienste (Überwachung der Polizeistunde, Überbringung von Vorladungen, einfache Ermittlungen) verrichtet, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 205. Ein zur Vermittlung des Verkehrs zwischen einem städtischen Leihhaus und dem Publikum bestimmter Pfändersammler, der eigene Geschäftsräume hat und die Gefahr bis zur Höhe der von ihm gewährten Vorschüsse trägt, lediglich auf die von den Verpfändern zu zahlenden Vergütungen angewiesen ist, auch andere Geschäfte nebenbei betreiben darf, ist

Digitized by Google

nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn die Verwaltung des Leihamts Ordnungsstrafen gegen ihn verhängen, insbesondere ihm die Sammelstelle bei Ordnungswidrigkeiten sofort entziehen kann.

Nr. 206. Ein auf einer Kunstgewerbeschule vorgebildeter, in einem Atelier für Dekorationsmalerei beschäftigter Zeichner, der Skizzen und Entwürfe für Ausmalung von Zimmern und Kirchen anzufertigen, teilweise auch bei deren Ausführung mitzuwirken hat, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 207. Einkassierer einer Krankenkasse, die Gelder und Schriftstücke abzutragen, die Beiträge von den Arbeitgebern gegen Aushändigung vorbereiteter Pauschalquittungen einzuziehen und auf Verlangen der Arbeitgeber die Zusammensetzung der Beitragsforderung aus den mitgeführten Karten zu erläutern haben, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn sie bei Gelegenheit der Beitragseinziehung auf Befragen an der Hand der Kassensatzung Auskünfte über Versicherungspflicht, Beitragshöhe und ähnliches zu erteilen und An- und Abmeldungen entgegenzunehmen haben.

Nr. 208. Eine Expedientin in einem Versandhaus, die an der Hand von Bestellzetteln die Waren aus dem Lager herauszusuchen, die vorrätigen Waren auf einem Zettel zu vermerken und die Preise mit der Preisliste zu vergleichen hat, ist als Handlungsgehilfin nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn ihre Arbeit von einer anderen Angestellten nachgeprüft wird.

Nr. 209. Poliere sind auch in größeren Baubetrieben nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, wenn sie unter fortlaufender Anleitung und Überwachung des Geschäftsinhabers oder seiner fachkundigen Angestellten die Aufsicht führen und — wenn auch in geringerem Maße — körperlich mitarbeiten.

Nr. 210. Ein preußischer Gerichtsassessor, der zur Leitung einer öffentlichen Rechtsauskunftsstelle beurlaubt ist und für diese Tätigkeit einen monatlichen Entgelt bezieht, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 211. Der Maschinenmeister einer Kunstmühle, dem die selbständige Versorgung einer Dampfmaschine, des Motorbetriebes für Wasserversorgung und der Zentralheizungsanlage anvertraut ist und hierbei Hilfskräfte unterstellt sind, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, auch wenn er gelegentlich und zur Aushilfe das Heizen selbst mitbesorgt.

Nr. 212. Der Modelleur einer Devotionalienfabrik, der Medaillen für religiöse Zwecke herstellt und dabei künstlerisches Empfinden zu betätigen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er zwar nicht bei den Verzierungen, wohl aber in der Wiedergabe der eigentlichen Motive an die Vorlagen gebunden ist.

Nr. 213. Der Elektriker auf einem großen Überseedampfer, der 6 Dynamomaschinen mit Hilfe eines ihm unterstellten Arbeiters zu überwachen und auszubessern hat, der Schiffsmannschaft gegenüber die Stellung eines Schiffsoffiziers einnimmt, die Uniform der Offiziere trägt und an Bord in der Offiziersmesse verkehrt, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 6 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er dem für die Gesamtmaschinenanlage allein verantwortlichen Oberelektriker unterstellt ist und einen staatlichen Befähigungsnachweis nicht hat.

Nr. 214. Der Zuschneider in einem Maßgeschäft für feine Herrenwäsche, der für die Hemden Maß zu nehmen, sie nach eigenen Entwürfen oder nach Grundmodellen zuzuschneiden und die Anproben vorzunehmen hat, ist nach § 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Sprechsaal.

Die Anrechnung militärischer Dienstzeit während des Krieges.

In dem hier im Heft 10 S. 236 abgedruckten Artikel „Wann verlieren Kriegsteilnehmer die Anwartschaft bei der Invalidenversicherung?“ ist bezüglich der Anrechnung der Militärdienstzeiten als Wochenbeiträge im Sinne des § 1281 der RVO. ausgeführt worden: „Diese Wochen werden jedoch nur denen angerechnet, die vorher berufsmäßig, nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sind. Für diejenigen, welche sich freiwillig versichert haben, kommen die Militärdienstwochen selbstverständlich nicht ohne weiteres zur Anrechnung, sondern nur dann, wenn auch wirklich während dieser Wochen Beitragsmarken für die freiwillige Versicherung weiter geleistet worden sind.“ Wir haben mit Bezug hierauf schon im Heft 15 S. 351 berichtigende Bemerkungen gebracht. Nunmehr veröffentlichen die „Amtlichen Mitteilungen der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz“ (Heft 3 S. 15) eine vom Verfasser jenes Artikels, Herrn Dr. Schellmann, herrührende Ausführung, aus der sich ergibt, daß es sich nur um eine, allerdings durch einen ungenauen Ausdruck veranlaßte, mißverständliche Auslegung des ersten Artikels handelt. Wir entsprechen gern dem Ersuchen, auch dem neuen Artikel des Verfassers Raum zu geben. Er lautet:

„Diese (nämlich die oben wörtlich wiedergegebenen) Ausführungen scheinen im Widerspruch zu

Digitized by Google

stehen mit den Bestimmungen der Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Anrechnung von Militärdienstzeiten vom 23. Dezember 1915 (vgl. „Amtliche Mitteilungen", Jahrg. 1916 Nr. 1, S. 2), wonach während des gegenwärtigen Krieges in deutschen oder österreichisch-ungarischen Diensten zurückgelegte Militärdienstzeiten den Versicherten, deren Anwartschaft aufrechterhalten ist oder gemäß dieser Verordnung aufrechterhalten wird, welche aber die Voraussetzung des § 1393 Abs. 2 RVO. nicht erfüllt haben, als Zeiten freiwilliger Versicherung angerechnet werden sollen, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Der Widerspruch ist nur ein scheinbarer; die oben erwähnten Worte „dieser Wochen" sind so zu verstehen, daß darunter die der Militärzeit vorhergehenden Wochen gemeint sind. Demnach befinden sich mit diesen neuen Bestimmungen die Ausführungen des Artikels im Einklang. Es wird in denselben nur besonders zum Ausdruck gebracht, daß das bloße Vorliegen eines zur Selbstversicherung oder freiwilligen Weiterversicherung berechtigenden Verhältnisses nicht die Militärdienstzeiten für den Kriegsteilnehmer ohne Beitragsleistung als Beitragswochen gelten läßt, sondern daß bei der freiwilligen Versicherung verlangt wird, daß auch tatsächlich vor dem Eintritt zum Militär Marken auf Grund der Selbstversicherung bzw. der Weiterversicherung geleistet worden sind.

Allerdings bringt hier die Bundesratsverordnung vom 23. Dezember 1915 die Neuerung, daß der bei Kriegsausbruch in der Markenverwendung etwa bestehende Mangel noch gehoben werden kann, indem sie zuläßt, daß etwaige rückständige Marken sowohl für versicherungspflichtige Beschäftigung als auch für freiwillige Versicherung über die in §§ 1442, 1443, 1444 Abs. 2 der RVO. vorgesehenen Fristen hinaus noch beigebracht werden, und zwar bis zum Schlusse desjenigen Kalenderjahres, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist. Für freiwillige Beiträge gilt dieses nach § 2 Abs. 2 dieser Verordnung allerdings nur in dem Umfange, in dem sie zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft (§§ 1280, 1282 RVO.) erforderlich sind.

Auf Grund dieser Bestimmung ist es demnach möglich, die vor dem Kriege durch Nichtleistung von Beiträgen gefährdete Anwartschaft des Kriegsteilnehmers aufrechtzuerhalten. Es muß der Versicherte, mag es sich um einen versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten handeln, darauf achten, daß zunächst seine Anwartschaft vor dem Kriege selbst erhalten bleibt, und er muß zu diesem Zwecke die erforderlichen Beiträge, auf Grund der Versicherungspflicht oder der Selbstversicherungspflicht bzw. der freiwilligen Weiterversicherung, beizubringen bestrebt sein. Nur unter dieser Voraussetzung können ihm dann die Militärdienstzeiten während des Krieges angerechnet werden, auch ohne daß Beiträge für diese Wochen geleistet werden. Der Versicherungspflichtige hat demnach den Nachweis zu führen, daß er vor dem Eintritt zum Militär berufsmäßig nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist und daß für ihn hierfür Beiträge entrichtet worden sind. Der Selbstversicherer bzw. der sich freiwillig Weiterversichernde hat den Nachweis zu führen, daß in den seinem Eintritt zum Militär vorausgegangenen Wochen tatsächlich Beitragsmarken für die freiwillige Versicherung geleistet worden sind, daß also ein freiwilliges Versicherungsverhältnis für ihn auch tatsächlich bestanden hat. Hat der freiwillig sich Versichernde nun schon Beiträge für die nach § 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. Dezember 1915 anrechnungsfähigen Militärdienstzeiten zur fortgesetzten Selbstversicherung oder zur Weiterversicherung geleistet, so werden ihm dieselben ohne Zinsen erstattet, wenn er dies bis zum Schlusse desjenigen Kalenderjahres, das dem Jahre folgt, in dem der Krieg beendet ist, beantragt. Stellt er einen derartigen Antrag innerhalb dieser Frist nicht oder verzichtet er auf die Erstattung, so findet die Anrechnung der Militärdienstzeiten als Beitragswochen ohne Leistung von Beiträgen bei ihm keine Anwendung, sofern dies für ihn günstiger ist, d. h. also, wenn er zur freiwilligen Versicherung höhere Marken als solche der zweiten Lohnklasse oder mehr Marken geleistet hat, als anrechnungsfähige Militärdienstzeiten gerechnet werden können."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das Verhältnis der Angestelltenversicherung zu den Krankenkassen bei Heilverfahren

wurde in der Sitzung des Verwaltungsrats der Angestelltenversicherung vom 8. Mai 1917 von einem Angestelltenvertreter zur Sprache gebracht. Bei der hierüber folgenden allgemeinen Aussprache erklärte ein Mitglied des Direktoriums, daß die Reichsversicherungsanstalt soweit als möglich den Wünschen der Krankenkassen entgegenkommen wolle. Auf Wunsch einzelner Vertreter von Krankenkassen hätten mit diesen Besprechungen in der Reichsversicherungsanstalt stattgefunden, deren Ergebnis zu einem Rundschreiben an die Krankenkassenverbände geführt hätte, in dem von der Reichsversicherungsanstalt zugesagt sei, daß sie von den Antragstellern in der Mitteilung über den Eingang der Anträge eine Bescheinigung fordern wolle, daß der zuständigen Krankenkasse Kenntnis von der Stellung des Antrags gegeben sei. Dadurch wären die Krankenkassen in der Lage, ihrerseits die ihnen geeignet erscheinenden Feststellungen vor Antritt des Heilverfahrens zu machen. Ferner sei zugesagt, auch die Bescheide über die Genehmigung des Heilverfahrens, soweit die Krankenkassen darin Erwähnung fänden, beim Neudruck entsprechend zu ändern. Das Rundschreiben behandele außerdem noch die Frage über Herstellung von Zahnersatz und Teilung der Kosten zwischen den in Betracht kommenden Versicherungsträgern. Es sei vorgeschlagen, den Krankenkassen die Bearbeitung der Zahnersatzsachen sowie die Beschaffung des Zahnersatzes selbst zu übertragen und nach Abschluß des Verfahrens eine gemeinsame Abrechnung vorzunehmen dergestalt, daß die Reichsversicherungsanstalt bei einer Beteiligung von 3 Versicherungsträgern (Krankenkasse, Landesversicherungsanstalt und Reichsversicherungsanstalt) ¼ und bei einer solchen von 2 Versicherungsträgern (Krankenkasse und Reichsversicherungsanstalt für Angestellte) ⅓ der Kosten übernehmen soll.

Endlich werde in dem Rundschreiben noch eine allgemeine Regelung in der folgenden Angelegenheit als wünschenswert bezeichnet. In vereinzelten Fällen

Digitized by Google

erkrankten Versicherte, die von der Reichsversicherungsanstalt in Heilfürsorge genommen waren, während der Durchführung des Heilverfahrens an akuten Erkrankungen, die mit der den Gegenstand des Heilverfahrens bildenden Erkrankung selbst nicht in Zusammenhang ständen, wodurch ihre Überführung in ein Krankenhaus oder in eine ähnliche Anstalt notwendig wurde. Da die Behandlung dieser Zwischenkrankheiten (z. B. Blinddarmentzündung bei Lungenkranken) nicht in das Heilfürsorgegebiet der Reichsversicherungsanstalt falle, andererseits eine vorherige Regelung der Kostentragung im einzelnen Falle bei der Natur dieser Erkrankungen zu unübersehbaren Schädigungen der Versicherten führen könne, erscheine es dringend erwünscht, die Kostentragung allgemein zu regeln. Es werde vorgeschlagen, daß die Reichsversicherungsanstalt die sämtlichen durch die Behandlung und Überführung entstehenden Kosten zunächst übernehme und den zuständigen Krankenkassen der Reichsversicherungsanstalt nach Abschluß der Behandlung denjenigen Betrag erstatte, welchen sie hätten aufwenden müssen, wenn die Behandlung auf ihre Veranlassung in einer der mit ihnen im Vertragsverhältnis stehenden Krankenanstalten durchgeführt wäre.

Ein Arbeitgebervertreter, der zugleich Vorsitzender eines Krankenkassenverbandes ist, sprach seine Anerkennung für dieses Entgegenkommen der Reichsversicherungsanstalt aus, das nicht nur den Wünschen der Kassen entspreche, sondern auch in hohem Maße geeignet sei, die Interessen der Versicherten zu fördern. Von Vertretern der Versicherten wurde die Bitte ausgesprochen, daß auch der Ersatzkassenverband zu den in Aussicht genommenen Verhandlungen zugezogen und auch diesem das Rundschreiben zugestellt werden möchte, was gern zugesagt wurde.

Mit Befriedigung stellte schließlich ein Arbeitgebervertreter fest, daß ihm, abgesehen von kleinen Beschwerden, zahlreiche Zuschriften von Angestellten zugegangen seien, die sich über die Durchführung des ihnen gewährten Heilverfahrens, insbesondere über die Behandlung und Verpflegung in einzelnen Sanatorien und Heilstätten, sehr lobend geäußert hätten.

Freiwillige Fortsetzung der Invalidenversicherung weiblicher Versicherter bei ihrer Verheiratung.

Auf die Voraussetzungen, die Bedeutung und den Wert solcher Weiterversicherung von Ehefrauen weist die Norddeutsche Allgem. Zeitung v. 6. Juni d. Js. hin, indem sie bemerkt: Das frühere Invalidenversicherungsgesetz enthielt die Bestimmung, daß von den Invalidenbeiträgen einer Versicherten im Falle der Eheschließung die Hälfte der gezahlten Beiträge erstattet würde. Durch die Reichsversicherungsordnung von 1911, die die Hinterbliebenenversicherung eingeführt hat, ist dieser Anspruch in Fortfall gekommen. Den Ehefrauen, wenn sie nach der Ehe eine versicherungsgesetzliche Tätigkeit nicht mehr ausüben, steht aber das Recht zu, und es kann ihnen nur dringend geraten werden, sich freiwillig weiter zu versichern. Dies geschieht dadurch, daß sie innerhalb zweier Jahre von dem Ausstellungstage der gelben Quittungskarte an mindestens 20 Wochenbeiträge irgendeiner Lohnklasse in ihre Quittungskarte einkleben. Bei Verwendung von Marken 1. Lohnklasse beträgt dann die jährliche Ausgabe 1,60 *M*. Werden dagegen mehr Beiträge und solche höherer Lohnklasse verwendet, so wachsen damit auch die Rechte der Versicherten bei Gewährung von Rente. Es darf aber niemals versäumt werden, die Karte alle zwei Jahre rechtzeitig umzutauschen. — Auf diese Weise können sich Ehefrauen ihre Rechte aus der Versicherung erhalten. Die Vorteile der Weiterversicherung sind: 1) Im Falle einer vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit hat die versicherte Ehefrau Anspruch auf Krankenrente vom Ablauf der 26. Krankheitswoche an. — 2) Im Falle einer dauernden Erwerbsunfähigkeit hat die versicherte Ehefrau Anspruch auf Invalidenrente, die monatlich 12—20 *M* betragen kann. — 3) Hat die Empfängerin der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente für jedes dieser Kinder um $^1/_{10}$ bis zu dem höchstens 1½ fachen Betrage. — 4) Die Versicherungsanstalt kann, wenn eine Ehefrau dergestalt erkrankt ist, daß als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, bei ihr ein Heilverfahren in einem Krankenhause, einem Badeorte oder in einer Heilstätte eintreten lassen, unter Gewährung eines Hausgeldes für die im Hause zurückbleibenden Angehörigen. — 5) Nach dem Tode der versicherten Ehefrau können ihre vaterlosen Kinder unter 15 Jahren Anspruch auf Waisenrente erheben. — 6) Auch können in zwei weiteren Fällen die Kinder Waisenrente und der Ehemann Witwerrente erhalten. (§§ 1260, 1261 RVO.) — 7) Die Kinder können bei Erreichung des 15. Lebensjahres Waisenaussteuer erhalten. Immer ist aber Voraussetzung, daß die Ehefrau im Besitze der Anwartschaft bleibt und mit Ausnahme des Falles zu 4 auch die Wartezeit als erfüllt nachweist, welche Nachweise bei regelmäßiger Klebung von Marken nicht zu erbringen sind. — Zur Erlangung der aufgeführten Vorteile kann nur dringend geraten werden. Die erste Sorge muß also sein, die Anwartschaft zu erhalten. Dazu ist erforderlich, daß während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstage wenigstens 20 Beitragswochen nachgewiesen werden. Damit sind dann die Voraussetzungen erfüllt, um gegebenenfalls Rente und Hinterbliebenenfürsorge zu erhalten oder eines Heilverfahrens teilhaftig zu werden.

Der Allgemeine Verband Deutscher Landkrankenkassen

hielt am 5. Juni d. Js. in Berlin eine gut besuchte Versammlung ab, zu der auch das Reichsversicherungsamt sowie die preußischen Minister für Landwirtschaft und für Handel und Gewerbe Vertreter entsandt hatten. Auch waren Vertreter des Betriebskrankenkassenverbandes und des Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen erschienen. — Aus dem vom Geschäftsführer erstatteten Jahresbericht für 1916 ist zu erwähnen, daß dem Verbande 380 Kassen mit rund 1¾ Millionen angehören. 87 Kassen sind im Vorjahre dem Verbande beigetreten. Wirklicher Geheimer Oberregierungsrat Dr. Hoffmann-Berlin sprach über den Einfluß des Krieges auf die Krankenkassen, Amtsrat Keibel-Großmünche über die Landpflegestationen und ihre Nutzbarmachung für die Krankenkassen. Die Versammlung beschloß, die Behörden zu ersuchen, die Einrichtung solcher Landpflegestationen im Interesse der Kassenmitglieder nach Möglichkeit zu fördern. Justizrat Klang-Berlin berichtete über die Beziehungen der Versicherungsträger zueinander, insbesondere über die Regelung ihrer gegenseitigen Erstattungsansprüche. Über „Errichtung einer Ruhegehaltsklasse für Beamte und Angestellte von Krankenkassen" sprach Dr. Krüger-Allerheiligen, und Geschäftsführer Berger-Delitzsch erörterte die Nachteile der hausgewerblichen Krankenversicherung für die

Digitized by Google

Landkrankenkassen. Es wurde beschlossen, eine Abänderung der RVO. dahin zu beantragen, daß die Hausgewerbetreibenden nach dem Kriege nicht den Landkrankenkassen, sondern den Ortskrankenkassen zugewiesen werden.

Sozialakademie für Frauen in Düsseldorf.

In Düsseldorf soll am 1. Oktober 1917 eine Sozialakademie für Frauen als Ausbildungsstätte in sozialer Arbeit eröffnet werden. Bekanntlich ist unter der Führung des den ganzen Regierungsbezirk Düsseldorf umfassenden Vereins für Säuglingsfürsorge, der längst schon sein Arbeitsgebiet auf die ganze Wohlfahrtspflege ausgedehnt hat und seinen Namen jetzt dementsprechend auch in „Verein für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf" umgeändert hat, eine sehr rege Tätigkeit in sozial-hygienischer und sozial-pädagogischer Ausbildung entfaltet worden. Hier ist zuerst ein großer, dicht bevölkerter, zusammenhängender Verwaltungsbezirk nach einheitlichen Gedanken mit einem Netz von Fürsorgeeinrichtungen überzogen worden. In allen Kreisen des Regierungsbezirkes wirken gut ausgebildete Fürsorgerinnen, denen auch äußerlich und wirtschaftlich eine ihrem Können und ihren Leistungen entsprechende Stellung eingeräumt worden ist. Auch die systematische Fortbildung der Hebammen in Säuglingspflege, die Einrichtung von Wanderlehrkursen zur Verbreitung nützlicher Kenntnisse in Säuglingsfürsorge und persönlicher Gesundheitspflege, Wanderkurse zwecks Aufklärung in sozialer Hinsicht und manch anderes mehr ist zuerst im Regierungsbezirk Düsseldorf neu geschaffen worden und hat sich von da aus auf andere Teile des Landes, des Reiches und auch des Auslandes verbreitet.

Nun hat sich der Verein nach längerer Vorbereitung und Erwägung entschlossen, die bisherigen Ausbildungsarbeiten systematisch zusammenzufassen und zu einer Sozialakademie für Frauen zu erweitern. Die neue Anstalt wird in zweijährigem, abgeschlossenem Lehrgange alle weiblichen Kräfte der Fürsorge und der sozialen Berufsarbeit heranbilden, so z. B.: Kreisfürsorgerinnen, ländliche Wohlfahrtspflegerinnen, städtische Wohlfahrts-, Armen- und Waisenpflegerinnen, Fürsorgerinnen für Mutter- und Säuglingsberatungsstellen, Trinkerfürsorgestellen, Fürsorgestellen für Geschlechtskranke, Geisteskranke und für andere Einrichtungen der offenen Fürsorge und Gesundheitspflege. Geschäftsführerinnen und Sekretärinnen von Vereinen für Gemeinwohl, für ländliche Wohlfahrtspflege, Armenpflege, für Kinder- und Jugendfürsorgeausschüsse, Hortleiterinnen, Jugendleiterinnen, Jugendpflegerinnen, Schulpflegerinnen, Jugendgerichtshelferinnen, Gemeindehelferinnen, Beamtinnen für Rechtsauskunftsstellen, Arbeitsnachweisen, Gewerbeassistentinnen, Fabrikpflegerinnen, Gefangenenfürsorgerinnen, Wohnungspflegerinnen und Wohnungsfürsorgerinnen usw. Der Abschluß des Lehrganges wird eine Prüfung unter der Leitung eines staatlichen Kommissars bilden, auf Grund deren ein Befähigungsdiplom ausgestellt wird.

Angeschlossen an diesen zweijährigen Lehrgang werden zahlreiche Kurse von kürzerer oder längerer Dauer, welche bereits auf irgend einem Gebiet vorgebildeten Gruppen von Frauen eine spezialistische Ausbildung oder eine Zusatzausbildung vermitteln sollen, oder welche als Wiederholungs- und Fortbildungskurse zu betrachten sind. An der Gründung der Anstalt, die im wohlerwogenen Gegensatz zu manchen neuentstandenen Ausbildungsstätten ähnlicher Art auf Gründlichkeit und Vertiefung der Ausbildung Wert legen will, ist außer den sämtlichen Stadt- und Landkreisen des Regierungsbezirks die Versicherungsanstalt Rheinprovinz beteiligt. Die Leitung liegt in den Händen eines Kuratoriums, dessen Vorsitzender der Regierungspräsident zu Düsseldorf ist und dem der Oberpräsident der Rheinprovinz, der Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt, Vertreter der Oberbürgermeister und Landräte des Regierungsbezirks sowie eine Reihe von Männern und Frauen angehören, die eine führende Stellung auf dem Gebiete der sozialen Arbeit einnehmen.

Die Berufung einer in diesen Fragen hervorragend befähigten Frau als Studiendirektorin dürfte demnächst erfolgen. Die nötigen Räume stellt die Stadt Düsseldorf in ihrem schönen Kunstausstellungspalast am Rhein zur Verfügung. Für die praktische Ausbildung werden also die zahllosen guten Einrichtungen sozialer und hygienischer Art benutzt werden, die der ja heute schon ein einheitliches Ganze bildende Regierungsbezirk Düsseldorf bietet. Damit ist eine seltene Gelegenheit auch für die praktische Unterweisung an der neuen Ausbildungsstätte gegeben.

Von Ärzten und Apotheken in der Sozialversicherung

handelt, neben mancherlei anderem, ein in der „Betriebskrankenkasse" Nr. 10 abgedruckter Vortrag, den Dr. Halbach am 12. Mai 1917 über „Kriegs- und Friedensfragen bei den Betriebskrankenkassen" gehalten hat. Aus dem reichen Inhalt dieses Vortrags heben wir die Ausführungen über Ärzte und Apotheken (übrigens auch nur im Auszuge) hervor:

. . . Die Ärzte wollen sich mit den sozialen Maßnahmen nicht nur nicht abfinden, sie wollen sogar den sozialen Einrichtungen, soweit ihre Tätigkeit in Betracht kommt, das individualistische Gepräge aufnötigen. Den Trägern der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung kann nur zugemutet werden, so viel Ärzte anzustellen als zur ärztlichen Versorgung der Versicherten erforderlich sind. Die Ärzteorganisation fordert aber, daß grundsätzlich jeder Arzt bei den Krankenkassen zugelassen werden soll. Die Krankenkassen gewährleisten der notwendigen Zahl von Kassenärzten ausreichende Einkünfte aus der Kassenpraxis, die Ärzteorganisation aber fordert Bezahlung jeder einzelnen ärztlichen Leistung, obwohl dies mit der gesamten Kassengebarung unvereinbar ist. Die Krankenkassen wollen mit ihren Kassenärzten in ein enges Verhältnis treten, um so die Verantwortung und das Interesse des einzelnen Arztes an der Kasse zu stärken, die Ärzteorganisation hingegen will die unmittelbaren Beziehungen ausschalten und die unfaßbare und unverantwortliche Ärzteorganisation an die Stelle setzen, die dadurch die einzelnen Ärzte ganz von sich abhängig macht, das unbedingte Monopol erhält und den Krankenkassen die Bedingungen der ärztlichen Tätigkeit diktieren kann. So widerstreiten die Sonderinteressen der Ärzte den hervorragenden öffentlichen Interessen der Krankenkassen.

Damit noch nicht genug: Die Ärzteorganisationen bekämpfen die im Gesamtinteresse so sehr gebotene soziale Fürsorge überhaupt, wobei in großem Umfange

Digitized by Google

mit Schlagwörtern und angeblich sittlichen Beweggründen agitiert wird. An dieser Stelle sei nur darauf hingewiesen, daß es die Ärzteorganisationen den Krankenkassen erschweren, häufig unmöglich machen, die Krankenfürsorge auf die Familien der Versicherten zu erstrecken, wie weite Ärztekreise die Mitwirkung bei den neuen Beratungsstellen für Geschlechtskranke versagen, sogar diese Einrichtungen bekämpfen. Nehmen wir öffentliche und Fürsorgeeinrichtungen, welche wir wollen, überall, wo ärztliche Tätigkeit in Betracht kommt, werden von Ärzten namentlich Ärzteorganisationen Schwierigkeiten gemacht. Ich nenne hier: Die armenärztliche, die schulärztliche Tätigkeit, die Tätigkeit bei den Fürsorgestellen verschiedener Art, den öffentlichen Rettungsdienst, die Krankenfürsorge für die Familien der Kriegsteilnehmer, die ärztliche Tätigkeit in der Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung, in der sonstigen Lebens- und Unfallversicherung, die Krankenhausarztfrage, die ärztliche Versorgung des Mittelstandes usw. Nun besteht die Frage, was ist höher zu bewerten: Das Gesamtwohl oder die Sonderinteressen, welche die Ärzteorganisation vertritt und die nach weitverbreiteter Ansicht dem Ärztestande sogar eher zum Nachteil als zum Vorteil gereichen. Es ist unzweifelhaft, daß das Gesamtwohl vorgehen muß. Ich habe schon dargelegt, daß durch den Krieg die Volkserhaltung zum wesentlichen Staatsinteresse geworden ist. Gegenüber dem Gesamtinteresse muß das Einzelinteresse zurücktreten, wie wir das im Kriege so häufig erfahren haben. Es kommt also darauf an, ob die Ärzteorganisation ihre individualistischen Grundsätze aufgeben, sich dem sozialen System anpassen und einfügen oder ob sie auf ihrem individualistischen Standpunkte verharren will. Ich muß leider auf Grund genauer Kenntnis der Verhältnisse feststellen, daß das letztere der Fall sein wird. Die gesetzgebenden und verantwortlichen Stellen können aber die soziale Fürsorge großen Gefahren, wie sie durch Ärztestreiks und sonstige Ärztkämpfe heraufbeschworen werden, nicht mehr aussetzen. Der sozialen Fürsorge muß eine ungestörte und möglichst ausgedehnte Entfaltung gesichert werden. Wir werden zu den beamteten Ärzten für die öffentlichen Zwecke kommen. Gewiß ist nicht zu verkennen, daß sich die ärztliche Tätigkeit schwer in das Beamtentum einfügt und mannigfache Bedenken gegen beamtete Ärzte bestehen. Unmöglich ist dieses System der ärztlichen Versorgung der öffentlichen Einrichtungen jedoch nicht, wie es manche Ärzte in Veröffentlichungen scheinen lassen wollen. Ich gehöre nicht zu denjenigen, die für Bureaukraten- und Beamtentum schwärmen, aber das Gesamtwohl ist das höchste Gebot.

Die ärztliche Tätigkeit vollzieht sich im wesentlichen noch in der Weise wie zu der Zeit unserer Urgroßväter. Die Kranken suchen den Arzt in seinem Hause auf, werden einzeln vorgelassen, entkleiden sich, die ärztliche Untersuchung beginnt, es folgen die Verordnungen und sonstigen Eintragungen und dann das Ankleiden. Bei einem solchen Verfahren wird viel kostbare Zeit für den Arzt wie für die Kranken, die häufig arbeitsfähig sind, vertan. Das muß auch anders werden: Die größeren industriellen Werke oder auch Krankenkassen gemeinsam sollten Einrichtungen schaffen, wie sie in den Polikliniken, Ambulatorien oder dergl. schon längst bestehen und sich bewährt haben. Einen Ansatz in dieser Beziehung bilden schon die von Fabrikärzten auf manchen Werken zu bestimmten Zeiten abgehaltenen Sprechstunden. Ich denke mir die Einrichtung etwa wie folgt: Ein Arztzimmer, das mit den wünschenswerten Hilfsmitteln aufs beste ausgestattet ist. Anschließend daran wären Zellen zum Aus- und Ankleiden vorzusehen. Dem Arzte ständen bei seiner Tätigkeit geschulte Heilgehilfen und bei Frauen Krankenschwestern zur Seite. Die Schreibarbeiten könnten dem Arzte auch abgenommen werden, indem Schreibhilfe bereit gehalten wird. Dies würde in vielen Krankheitsfällen insbesondere bei einfachen Verletzungen durchaus genügen und auch wesentliche Vorteile bieten gegenüber dem bisherigen Zustande. Den Arbeitsfähigen würde weniger Lohn entgehen, die Betriebe würden an sich weniger gestört und die Ärzte entlastet werden.

Die ärztliche Wissenschaft hat im Laufe der Zeit große Fortschritte gemacht. Die Fortschritte betreffen nicht nur die Behandlung, sondern in der Hauptsache auch die Erkennung und Feststellung von Krankheiten. Ich nenne nur Feststellungen durch das Mikroskop, Sputum-, Blutuntersuchungen, Röntgenaufnahmen u. dergl. Über alle diese Einrichtungen kann natürlich der Allgemeinarzt nicht verfügen. Auch die Behandlung erfordert häufig Vorrichtungen, die der Arzt selbst nicht unmittelbar besitzt. Nun gibt es ja namentlich in den Großstädten in diesen Beziehungen schon Vorkehrungen; aber diese genügen den Bedürfnissen nicht. Meines Erachtens sollten die Krankenkassen auch hierbei Abhilfe anstreben. Die Aufwendungen, die die Kassen hierfür machen, sind gut angelegt, denn einmal werden dadurch die Versicherten gefördert und zum anderen die Mittel der Krankenkassen weniger in Anspruch genommen und für andere Fürsorgezwecke frei . . . .

Ein Stück Mittelalter haben wir noch im Apothekenwesen, und diese Rückständigkeit legt dem deutschen Volke erhebliche Opfer auf, insbesondere sind es die Krankenkassen, die für einen erheblichen Teil der Bevölkerung die Arzneien u. dergl. bezahlen. Die meisten Apotheken, die verkäuflich und vererblich sind, sind mit gewaltigen Idealwerten belastet, denen sachliche Werte nicht gegenüberstehen. Das hat dazu geführt, daß der Staat, der die Apotheken als die berufenen Stätten der Arzneiversorgung in ausreichender Zahl aufrechtzuerhalten hat, hohe Arzneipreise feststellen mußte. Damit noch nicht genug, es wird auf mannigfache Weise versucht, die Entwicklung, die dahin geht, an Stelle der jedesmal von dem Apotheker anzufertigenden Arznei die Erzeugnisse der chemisch-pharmazeutischen Industrie zu setzen, zu hemmen. Wie auch sonst danach getrachtet wird, alles zu verhindern, was die Einkünfte der Apotheken schmälern könnte, will ich nicht im einzelnen anführen, das wissen Sie aus den Fachzeitschriften.

Die „Neuorientierung" muß auch eine Anpassung des Apothekenwesens an die zeitigen Verhältnisse bringen. Schon wiederholt hat man einen Anlauf nach dieser Richtung genommen, jedesmal aber bald wieder aufgegeben. Die Schwierigkeit liegt nämlich darin, die Millionen zusammenzubringen, die zur Ablösung der Idealwerte erforderlich sind. An Vorschlägen hierfür fehlt es wirklich nicht. Die durchgreifende Tat darf nunmehr nicht ausbleiben. Die Versorgung mit Arznei muß zu Preisen gewährleistet werden, die durch die tatsächlichen Verhältnisse bedingt und bei denen Idealwerte nicht zu berücksichtigen sind. Dann wird auch in dieser Beziehung den hervorragenden öffentlichen Interessen der Krankenkassen entsprochen sein. . . .

Digitized by Google

Das Unterstützungswesen der Gewerkschaften in der Kriegszeit.

Im Laufe ihrer Entwicklung haben die deutschen Gewerkschaften den Unterstützungseinrichtungen immer größere Aufmerksamkeit zugewendet, und diese immer mehr ausgebaut. Zum Teil lag der Grund darin, daß sich das Fürsorgewesen als ein gutes Werbemittel für die Verbände erwies. So kam es, daß die Aufwendungen für Unterstützungen diejenigen für Streiks usw. weit überholten. Im Jahre 1913 hatten die freien Gewerkschaften allein rund 75 Millionen Mark Ausgaben, darunter befanden sich 48 Millionen Mark für Unterstützungen. Im Jahre 1915 hatten alle vier Gruppen gewerkschaftlicher Richtung bei 1 588 842 Mitgliedern 48 952 435 ℳ Einnahmen und 42 306 547 ℳ Ausgaben. Unter letzteren befanden sich 365 000 ℳ für Streikende und Gemaßregelte und rund 19 500 000 ℳ für Unterstützungen anderer Art.

Der Krieg bereitet den Gewerkschaften eine schwere Krise. Die Gewerkschaften aller Richtungen hatten beim Ausbruch des Krieges zusammen über drei Millionen Mitglieder. Diese Zahl ist bis jetzt um fast zwei Drittel zurückgegangen. Damit traten erhebliche Einnahmeverluste ein. Die Anforderungen an Unterstützungen stiegen dagegen. Zum Glück waren die Gewerkschaften in der Lage, aus ihren Beständen die besonderen Anforderungen des Krieges decken zu können. Immerhin waren viele Gewerkschaften gezwungen, vorübergehend die Leistungen an Unterstützungen einzuschränken. Inzwischen hat sich jedoch eine Verschiebung der Lasten vollzogen, so daß in den Verbänden wieder ein leidlicher, in einigen sogar ein guter finanzieller Stand zu verzeichnen ist. Die Rüstungsindustrie, die das ganze Wirtschaftsleben in ihren Bann schlägt, hat mit der Arbeitslosigkeit stark aufgeräumt, so daß die ständige Belastung dieses Kontos des gewerkschaftlichen Unterstützungswesens stark zurückgegangen ist. Die durch den Fortfall von Streiks und Aussperrungen frei gewordenen Mittel sind zu einem guten Teil für Familienunterstützungen an Kriegsteilnehmer verwendet worden. So hat des Unterstützungswesen in der Kriegszeit eine noch erhöhte Ausgestaltung erfahren.

Eine von der Generalkommission der Gewerkschaften aufgestellte Übersicht ergibt, daß in der Zeit von August 1914 bis 31. Dezember 1916 von den freien Gewerkschaften 59 469 302 ℳ an Unterstützungen ausgezahlt worden sind. Davon entfallen 24 077 883 ℳ auf Arbeitslosenunterstützung und 22 022 145 ℳ auf Unterstützung der Familien von Kriegsteilnehmern. Im Jahre 1915 verausgabten für Unterstützungen die freien Gewerkschaften 17 846 550 ℳ, die Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine 510 588 ℳ, die Christlichen Gewerkschaften 875 628 ℳ. Auf das einzelne Mitglied entfällt damit in dem genannten Jahr bei den freien Gewerkschaften 23,44 ℳ, Hirsch-Dunckersche Gewerkvereine 8,04 ℳ, Christliche Gewerkschaften 4,25 ℳ. Die einschlägigen Ausgaben der verschiedenen unabhängigen Ortsorganisationen sind noch nicht bekannt geworden.

Was besonders die Krankenunterstützung anbetrifft, so erreichen diese ihren Höhepunkt im Jahre 1913. Bekanntlich besteht diese Leistung nur in Zuschüssen zum Krankengeld der Zwangskrankenkassen. Ein Rechtsanspruch auf diese Beihilfen besteht — wie übrigens auf alle anderen Unterstützungen — nicht. Nach den Satzungen der Verbände „kann" die Fürsorge nur gewährt werden; infolge dieser Fassung sind die Gewerkschaften den gesetzlichen Bestimmungen über die Privatversicherung und der behördlichen Beaufsichtigung entzogen. In Wirklichkeit wird noch kein Mitglied, auf das die statutarischen Voraussetzungen zutreffen, um die Fürsorge gekommen sein. Die Ausgaben an Krankenunterstützung betrugen bei den freien Gewerkschaften im Jahre 1913 zusammen 13 511 831 ℳ, im Jahre 1915 aber nur 2 425 033 ℳ. Die Abnahme ist außer auf die Abnahme der Mitgliederzahl vor allem darauf zurückzuführen, daß vorzugsweise diese Unterstützungseinrichtung zugunsten der Arbeitslosen- und Familienfürsorge eingeschränkt wurde. Im Jahre 1915 hatten noch für die Krankenunterstützung die Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereine 515 235 ℳ und die Christlichen Gewerkschaften 274 012 ℳ aufgewendet. Obgleich im allgemeinen im Jahre 1916 die Unterstützungsausgaben höher waren als im Jahre 1915, so sind doch die Ausgaben für Krankenunterstützung noch weiter zurückgegangen.

Die hier besprochene Krankenunterstützung der Gewerkschaften hat auch für die Krankenkassen eine Bedeutung. Da die im § 189 RVO. vorgeschriebene Kürzung des Krankengeldes nicht voraussetzt, daß der Versicherte einen „Rechtsanspruch" auf das Krankengeld aus der „anderen Versicherung" hat, besitzen die Kassen die Möglichkeit, die Bezüge an Krankenunterstützung aus den Gewerkschaften nach den Vorschriften am angegebenen Ort auf das Krankengeld anzurechnen, vgl. ArbVers. 1915 S. 130 und 134. Diese auf einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 16. November 1914 beruhende Rechtslage hat in Gewerkschaftskreisen viel Kritik gefunden. Die Generalkommission der Gewerkschaften versuchte auf eine anderweitige gesetzliche Regelung dieser Frage hinzuwirken. Diese Bemühungen waren jedoch, wie im Korrespondenzblatt der Generalkommission der Gewerkschaften 1915 S. 332 mitgeteilt wird, erfolglos. In einer Konferenz der Vorstände der Gewerkschaften vom 16. November 1915 wurde zu dieser Frage ausführlich Stellung genommen und eine Reihe von statutarischen Fassungen über die Gewährung von Krankenunterstützung ausgearbeitet, welche die Möglichkeit der Anrechnung verhindern sollen. Es wurde den Gewerkschaften anheimgegeben, bei künftigen Satzungsänderungen einen dieser Vorschläge zu berücksichtigen. Jetzt während der Kriegszeit ist aber von den Gewerkschaften nur erst vereinzelt eine solche Satzungsveränderung vorgenommen worden.

An Sterbegeldern wurden im Jahre 1915 gewährt: von den freien Gewerkschaften 1 164 134 ℳ, den Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereinen 124 010 ℳ und den Christlichen Gewerkschaften 223 007 ℳ. An dauernd Erwerbsunfähige wurde in demselben Jahre an Invalidenunterstützung gewährt: von den freien Gewerkschaften 529 536 ℳ, von den Hirsch-Dunckerschen Gewerkvereinen 720 ℳ.

Bei den einzelnen Verbänden sind, sowohl absolut wie verhältnismäßig genommen, die Aufwendungen sehr verschieden. Es seien hier nur einige wenige Beispiele gegeben. Der Bauarbeiterverband (rund 100 000 Mitglieder) verausgabte im Jahre 1916 an Arbeitslosenunterstützung 150 972 ℳ, Krankenunterstützung 421 419 ℳ, Sterbegeld 173 933 ℳ, Familienunterstützung der Kriegsteilnehmer 2 123 885 ℳ. Der Bergarbeiterverband (53 404 Mitglieder) zahlte im Jahre 1916 an Krankenunterstützung 158 094 ℳ, Kriegerfamilien-

Digitized by Google

unterstützung 99 067 ℳ, Sterbegelder 65 644 ℳ, Arbeitslosenunterstützung 2440 ℳ. Hierzu kommen noch erhebliche Unterstützungssummen aus den örtlichen Kassen. Der Verband der Schneider, mit 21 298 Mitgliedern am Schlusse des Jahres 1916, gewährte vom 4. August 1914 bis Ende des Jahres 1916 an Familienunterstützung 601 628 ℳ, Arbeitslosenunterstützung 120 833 ℳ, an sonstigen Unterstützungen 364 976 ℳ. Der Buchdruckerverband, bei dem das Unterstützungswesen ganz besonders ausgestaltet ist, zahlte von Kriegsbeginn bis Ende des Jahres 1916 für satzungsmäßige Unterstützungen 6 859 286 ℳ, worunter 3 374 595 ℳ für Arbeitslosenunterstützung. Dazu kommen noch die Aufwendungen der Gau- und örtlichen Kassen für Kriegerfamilien in Höhe von 1 893 940 ℳ. Der Holzarbeiterverband (68 200 Mitglieder) gewährte im Jahre 1916 an Familienunterstützung 360 000 ℳ und an Krankenunterstützung 330 000 ℳ. Der Verband der Brauerei- und Mühlenarbeiter weist für das Jahr 1916 nach an Krankenunterstützung 114 473 ℳ, Kriegerfamilienunterstützung 199 494 ℳ usw. Zu insgesamt 370 475 ℳ Unterstützungen aus der Hauptkasse kommen noch 68 348 ℳ aus örtlichen Kassen. Der Verband zählt 19 199 Mitglieder. Der Verband der Sattler (8200 Mitglieder) leistete während des Krieges bis Ende 1916 an Arbeitslose 183 924 ℳ, an Kranke 42 521 ℳ, Familien der Kriegsteilnehmer 271 605 ℳ, für besondere Notfälle 26 537 ℳ. Es gewährten noch im Jahre 1916 der Verband der Maschinisten und Heizer 20 458 ℳ für Krankenunterstützung, 14 735 ℳ für Sterbegelder, 20 305 ℳ für außerordentliche Unterstützungen; der Verband der Töpfer 23 500 ℳ für Familienunterstützung, 23 118 ℳ für Krankenunterstützung usw.; der Verband der Bildhauer mit nur 1100 Mitgliedern gewährte vom Kriegsbeginn bis Ende 1916 an Unterstützungen 114 404 ℳ, darunter 88 603 ℳ für Arbeitslose, also auch recht hohe Summen. Der Verband der Bäcker und Konditoren (Ende 1916 rund 8300 Mitglieder) hat im Jahre 1916 zusammen 122 047 ℳ für Unterstützungen ausgegeben. Darunter befinden sich 70 401 ℳ an Familienunterstützungen, Liebesgaben, Weihnachtsunterstützungen usw. an Kriegsteilnehmer.

Jedenfalls sind das alles ganz ansehnliche Leistungen. Das Aufbringen der Mittel legt Zeugnis ab von dem Geist, der die deutsche Arbeiterschaft erfüllt, von dem immer mehr erstarkenden Gedanken der gegenseitigen Hilfsbereitschaft, sei es im wirtschaftlichen Getriebe, sei es, wenn Not und Elend an die Tür pocht. Diese Selbsthilfe verdient hohe Anerkennung.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Kein Krankengeld bei Fortsetzung der bisherigen Beschäftigung gegen volles Gehalt.

1. Nach Werdohl i. W. Frage: Ein Polizeibeamter, freiwilliges Mitglied unserer Kasse, beansprucht auf Grund der ärztlichen Bescheinigung seiner Arbeitsunfähigkeit vom 27. Mai ab Krankengeld. Das Mitglied hat aber in dieser Zeit wie vorher schlecht und recht seinen Dienst als Polizei- und Vollziehungsbeamter vollzogen und sein volles Gehalt erhalten. Sind wir unter allen Umständen zur Zahlung verpflichtet?

Antwort: Allerdings schließt weder jede Arbeitsleistung noch auch der auf Gesetz oder Vertrag beruhende Fortbezug des Gehalts für sich allein schon den Anspruch auf Krankengeld aus. Wenn aber ein Versicherter diejenige Beschäftigung, die seine Versicherung begründet, gegen volles Gehalt ununterbrochen fortsetzt, so kann für die Dauer dieser Arbeitsleistung von einem Anspruch auf Krankengeld nach der Absicht des Gesetzes nicht die Rede sein. So hat das preuß. Oberverwaltungsgericht hinsichtlich eines Versicherungspflichtigen entschieden (ArbVers. 1907 S. 651), und wir nehmen gleiches auch hinsichtlich eines freiwilligen Kassenmitgliedes an, wenn es die Beschäftigung, auf der seine Versicherungsberechtigung beruht (§ 176 Ziff. 1 RVO.), ununterbrochen fortsetzt. Unter dieser Voraussetzung halten wir den Anspruch auf Krankengeld im vorliegenden Falle für unbegründet, auch wenn die Dienstleistung des Versicherten infolge seiner Krankheit keine ganz vollwertige war. War sie aber nur von so geringfügiger Art, daß sie als ernstliche Arbeitsleistung nicht in Betracht kommt, so liegt eben bloßer gesetzlicher oder vertraglicher Fortbezug des Gehalts während der Dienstbehinderung vor, und dieser Umstand allein steht dem Anspruch auf Krankengeld nicht entgegen.

Ersatzanspruch des Armenverbandes wegen Unterstützung von Familienangehörigen des Mitgliedes.

2. Nach Witten. Antwort: Die Ansicht der Kasse ist irrig. Auch dem Versicherten selbst braucht sie ärztliche Behandlung in der Regel nur durch einen Kassenarzt zu gewähren, und dennoch muß sie einem Armenverband, der ein hilfsbedürftiges Mitglied durch einen anderen Arzt behandeln läßt, Ersatz gewähren. Sie ist zwar nicht zur Gewährung der Krankenhauspflege verpflichtet, und dennoch muß sie dem Armenverband, der diese eintreten läßt, Ersatz leisten. (Vgl. Lehmann, V. und VI. Buch der RVO., Anm. 9 zu § 1531.) Die gleichen Grundsätze gelten aber auch im Falle der Familienhilfe. Aller-

Digitized by Google

dings wird die Verpflichtung der Kasse durch die Leistungen des Armenverbandes nicht erweitert, und darum braucht sie ihm nur die Hälfte der Kosten der Arzneien zu erstatten, wenn die Familienhilfe sich satzungsgemäß hierauf beschränkt, und für die ärztliche Behandlung sind die tatsächlichen Kosten anzusetzen; denn für sie ist keine Pauschalierung vorgeschrieben. (Vgl. Lehmann, ebenda Anm. 13a zu § 1533.)

Lazarettbehandlung bedingt nicht immer Anspruch auf Krankengeld.

3. Nach Freiburg i. Schl. Antwort: Wir haben schon wiederholt ausgeführt, daß die Lazarettbehandlung nicht schlechtweg den Anspruch auf Krankengeld begründet, vielmehr muß Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung vorliegen. Das ist freilich auch dann der Fall, wenn der Kranke an sich zwar fähig wäre, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, daran aber durch eine ärztliche Behandlung verhindert ist, ohne die eine Heilung oder Linderung des Leidens nicht erzielt werden kann. In vielen Fällen würde sich die Behandlung auch ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durchführen lassen und wird die Aufnahme in das Lazarett von der Militärverwaltung im Interesse der Disziplin angeordnet. Dann besteht kein Anspruch auf Krankengeld. (Vgl. ArbVers. 1916 S. 779 und 1917 S. 48 Ziff. 8.)

Invalidenversicherungspflicht eines Lehrlings, der statt freien Unterhalts eine Vergütung in Geld erhält?

4. Nach M. Gladbach. Antwort: Die in Frage kommende Entscheidung haben wir bereits im Jahrg. 1916 S. 856 mitgeteilt. Sie erscheint uns bedenklich, besonders im Hinblick auf den gesetzgeberischen Grund, auf dem die Vorschrift des § 1227 RVO. beruht, daß eine Beschäftigung, für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird, versicherungsfrei ist. Der Grund liegt nämlich darin, daß in solchen Fällen der Arbeitgeber regelmäßig nicht in der Lage ist, den auf den Arbeitnehmer entfallenden Beitragsteil durch Lohnkürzung wieder einzuziehen (vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 2a zu § 1227). Dieser Grund trifft aber nicht zu, wenn der Lehrling als Abfindung für freien Unterhalt Geldbeträge empfängt. Wir nehmen daher Versicherungspflicht an, gleichviel ob es sich um Lehrlinge in Handwerksbetrieben oder um andere handelt.

Zur Invalidenversicherungspflicht eines Militärinvaliden und Kassenangestellten.

5. Nach G. Antwort: Der Bezug einer Militärrente schließt an sich die Invalidenversicherungspflicht nicht aus. Wohl aber wird auf seinen Antrag von dieser befreit, wem von dem Reiche Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse bewilligt sind und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist (§ 1237 RVO.). Diese letztere Voraussetzung ist bei einem Militärinvaliden nur ausnahmsweise erfüllt, nämlich nur bei Kapitulanten mit mindestens 18jähriger Dienstzeit (§ 12 Militärhinterbliebenengesetz in Verbindung mit § 1 Abs. 3 Mannschaftsversorgungsgesetz). Für sie könnte also eine Befreiung von der Invalidenversicherungspflicht gemäß § 1237 RVO. in Frage kommen. Im übrigen besteht ein Anspruch auf Witwen- und Waisengeld nur dann, wenn der Militärinvalide infolge einer Dienstbeschädigung vor Ablauf von sechs Jahren nach der Entlassung aus dem aktiven Dienste gestorben ist. Diese beschränkte Hinterbliebenenfürsorge genügt aber dem § 1237 RVO. nicht. Versicherungsfrei ist nun allerdings, wer invalide ist, d. h. nicht imstande ist, mindestens ein Drittel des Verdienstes zu erzielen, den gesunde Personen mit ähnlicher Ausbildung zu erzielen pflegen (§ 1255 RVO.). Aber auch wenn die Militärbehörde die Erwerbsunfähigkeit mit 70 v. H. angenommen hat, so schließt das nicht aus, daß für die Invalidenversicherung die Invalidität besonders festgestellt wird. Eine Prüfung dieser Frage unter dem Gesichtspunkte des § 1237 dürfte um so eher angezeigt sein, wenn der Militärinvalide jetzt Angestellter einer Kasse ist und als solcher ein Einkommen von 1700 ℳ bezieht. Das legt die Vermutung recht nahe, daß Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung nicht bestehe.

Ein Kriegsbeschädigter, der Krankenrente bezieht (§ 1255 Abs. 3), ist nicht invalidenversicherungspflichtig.

6. Nach Saarbrücken 5. Frage: Bei Wiederbeschäftigung von Kriegsbeschädigten, die Krankenrentenbezieher sind, haben wir bisher, vom Tage der Wiedereinstellung ab, Pflichtbeiträge zur Invalidenversicherung in Abzug gebracht und Marken verwendet. Ist dieses Verfahren in Ordnung, oder können die Krankenrentenbezieher die Beiträge, die während ihres Krankenrentenbezuges entrichtet worden sind, zurückverlangen?

Antwort: Wer eine reichsgesetzliche Invalidenrente bezieht, ist nach § 1236 RVO. versicherungsfrei. Das gilt, wie die Anziehung des § 1255 außer Zweifel stellt, auch für die Bezieher der sogenannten Krankenrente (Abs. 3 des § 1255). Auch für sie entfällt daher die Beitragspflicht (zu vgl. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts in ArbVers. 1917 Heft 16 S. 375). Die erhobenen Beiträge können also zurückgefordert werden.

Zur Haftung des Hauseigentümers für Unfälle.

7. Nach Göttingen. Antwort: Es ist durchaus üblich, Steintreppen, die zum Hauseingang führen, ohne Geländer zu lassen. Daher kann es auch dem Hauseigentümer nicht als Verschulden angerechnet werden, daß er keins anbrachte, und er ist wegen dieser Unterlassung weder dem Verletzten, noch der Krankenkasse ersatzpflichtig. Anders wäre nur zu urteilen, wenn etwa eine örtliche Polizeiverordnung Sicherungsvorschriften enthielte, die der Eigentümer unbeachtet gelassen hat.

Arbeitsleistungen für Kriegslieferungen keine Kriegsdienste.

8. Nach Hirschberg i. Schl. Antwort: Wer als Soldat für längere Zeit auf Reklamation beurlaubt ist und währenddessen eine entgeltliche Erwerbstätigkeit ausübt, leistet keine Kriegsdienste, und deswegen steht seiner Ehefrau keine Kriegswochenhilfe auf Grund des § 1 Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu. (Vgl. den Bescheid des Reichskanzlers in der ArbVers. 1916 S. 56.) Nur eine Erwerbstätigkeit bei einem kurzen Urlaub würde den Anspruch nicht ausschließen (Vers.-Amt München in der ArbVers. 1916 S. 471). Auch eine Tätigkeit in einem Betriebe, der Kriegslieferungen ausführt, ist kein Kriegsdienst, wenn der Soldat zu ihr beurlaubt ist; denn

Digitized by Google

sie wird nicht dem Reich geleistet, sondern dient dessen Interessen nur mittelbar; eine solche Tätigkeit findet auf Grund freier Entschließung des Beurlaubten statt, mag sie auch Bedingung für den Urlaub sein. Anders jedoch, wenn er zu dieser Tätigkeit durch seine Militärbehörde abkommandiert ist, also zu ihr auf Grund seines militärischen Dienstverhältnisses verpflichtet ist. In diesem Falle übt er keine freie Erwerbstätigkeit aus, führt vielmehr einen militärischen Dienstbefehl aus und leistet somit Kriegsdienste. In dem geschilderten Falle besteht demnach kein Anspruch auf Kriegswochenhilfe; denn eine Beurlaubung vom 22. März bis 31. Juli 1917 ist keine kurze.

Bei alleinstehenden Versicherten setzt Einweisung ins Krankenhaus nicht ein Bedürfnis der Krankenhauspflege voraus.

9. Nach Kirchheimbolanden. Antwort: Da die ledige Versicherte zur Zeit ihrer Erkrankung weder einen eigenen Haushalt hatte noch Mitglied des Haushalts ihrer Familie war, bedurfte es nicht ihrer Zustimmung zur Anordnung der Krankenhauspflege nach § 184 RVO., sondern die Kasse konnte nach freiem pflichtmäßigen Ermessen diese Art der Krankenhilfe an Stelle der Leistungen aus § 182 gewähren. Für die Dauer ihres ablehnenden Verhaltens verwirkte daher die Versicherte jeden Anspruch auf Kassenleistungen (vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 3c zu § 184). Es ist nicht gerechtfertigt, daß das Versicherungsamt diese aus dem Wahlrecht der Kasse sich ergebende Rechtsfolge auf die Zeit der Krankenhauspflege bedürftigkeit beschränken will; bei den alleinstehenden Versicherten kommt es eben auf das Vorliegen von Umständen, die ein Bedürfnis der Krankenhauspflege begründen (vgl. § 184 Abs. 3), nicht an. Nur wenn die Anordnung der Kasse sich als ganz willkürlich, sachwidrig oder gar schädlich darstellte, würde das ablehnende Verhalten der Versicherten gerechtfertigt und der Anspruch auf Kassenleistungen für die entsprechende Zeit begründet sein (zu vgl. Hahn a. a. O., auch daselbst Anm. 5c und in ArbVers. 1910 S. 165 Ziff. 3). Daß die Sache etwa so liege, können wir nach Ihren Angaben nicht annehmen, da das ärztliche Gutachten eben nur ein Bedürfnis der Verpflegung im Krankenhause für die Zeit vom 27. November 1916 bis 17. Januar 1917 verneint. — Wenn aber der Sinn des Gutachtens dahin ginge, daß die Krankenhauspflege für diese Zeit sogar zweckwidrig oder gar nachteilig gewesen wäre, so würde dem Anspruch der Versicherten auf Krankengeld auch der Umstand nicht entgegenstehen, daß die Versicherte bei Ablehnung der Krankenhauspflege erklärt hatte, daß sie auf alle Leistungen der Kasse verzichte. Denn ein solcher Verzicht ist ungültig (vgl. Hahn, Handb. Anm. 7 zu § 139 RVO.).

Zinsen der Kriegsanleihe VI.

10. Nach S. Frage: Wie aus untenstehender Abschrift eines Schreibens hervorgeht, hat der Vorstand unserer Kasse den Angestellten Vorschüsse zum Zwecke der Zeichnung von Kriegsanleihe gewährt. Die Angestellten haben nun auch gezeichnet und zwar unter der Annahme, daß der Vorstand ihnen außer der monatlichen Teilzahlung auch die Zinsen der vollen Zeichnungssumme gutbringen würde. Der Vorstand hat jedoch andere Ansicht und will nur die geleisteten Abschlagszahlungen mit 5 v. H. verzinsen, dagegen die Zinsen der gezeichneten Anleihe solange für die Kasse vereinnahmen, bis die volle Summe abgezahlt ist. Ich bitte um Ihre Ansicht hierüber.

Antwort: Wir halten den Standpunkt des Vorstandes für den richtigen. Weder die Anfrage noch das beigefügte Schreiben des Vorstandes rechtfertigt den recht ungewöhnlichen Anspruch der Angestellten, daß sie auch von Beträgen, die sie noch nicht gezahlt haben, Zinsen beziehen sollen. Das Schreiben besagt u. a., daß der Anleiheschein bis zur völligen Abzahlung als Pfand im Besitz des Vorstandes bleibt und daß zur Abzahlung außer den monatlichen Teilbeträgen auch „etwaige Zinsen der Anleihescheine" benutzt werden. Daraus ist zu entnehmen, daß die Zeichner keineswegs ohne weiteres auf die vollen Zinsen der gezeichneten Beträge Anspruch haben. Die Zinsen gebühren eben dem, der gezahlt hat.

Erinnerung Versicherungsberechtigter an Zahlung der Kassenbeiträge.

11. Nach Königswusterhausen. Frage: Ist ein Beschluß des Kassenvorstandes gültig, der die regelmäßige Beitrags-Zahlungsaufforderung Versicherungsberechtigter sowie auch nötigenfalls spätere Mahnung vorschreibt?

Antwort: Derartige Aufforderungen und, falls sie ohne Erfolg bleiben, Erinnerungen, sind reine Verwaltungsmaßnahmen, die auf den regelmäßigen Eingang der Beiträge gerichtet sind und durchaus in der gesetzlichen Verwaltungsbefugnis des Vorstandes liegen. Ein allgemeiner Beschluß des Vorstandes, wonach so verfahren werden soll, hat die Bedeutung einer Anweisung an die Angestellten, die unbedenklich gültig ist und die Angestellten zur Beachtung verpflichtet. Das Verfahren dient nicht nur dem Kasseninteresse, sondern auch dem Interesse der Zahlungspflichtigen, insofern es geeignet ist, dem Erlöschen der Mitgliedschaft nach § 314 RVO. vorzubeugen. Hinsichtlich der Kosten solcher Aufforderungen und Erinnerungen verweisen wir auf ArbVers. 1916 S. 359 Ziff. 1.

Gegenwärtige Rechtslage einer nach früherem Rechte freiwillig beigetretenen und weiterversicherten Person.

12. Nach Bromberg. Antwort: Die Versicherte war durch ihre etatmäßige Anstellung als Beamtin unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes nach § 3 von der Versicherungspflicht ausgenommen, also aus der Betriebskrankenkasse ausgeschieden, da sie unterlassen hat, sich fristgemäß nach §§ 27, 64 KVG. weiter zu versichern. Diese Pflichtversicherung kommt also gegenwärtig in keiner Hinsicht mehr in Betracht. Späterhin aber ist die Beamtin auf Grund des § 63 Abs. 2 KVG. der Kasse freiwillig wieder beigetreten. Als sie dann in den Ruhestand versetzt wurde, zeigte sie — immer noch unter der Herrschaft des KVG. — rechtzeitig ihre Absicht an, auch weiterhin Mitglied der Kasse zu bleiben. Ob eine solche Fortsetzung des durch freiwilligen Beitritts begründeten Versicherungsverhältnisses nach damaligem Rechte zulässig war (§§ 11, 27, 64 KVG.), war zweifelhaft und streitig (zu vgl. Hahn, KrVersGes. 6. Aufl. Anm. 1b zu § 11 KVG.). Nachdem aber auf Grund des § 58 Abs. 1 KVG. rechtskräftig über das Versicherungsverhältnis entschieden und die Weiterversicherung für zulässig erklärt war, hatte die Kasse diese Versicherung gelten zu lassen, solange die Versicherte nicht austrat

Digitized by Google

oder die Mitgliedschaft durch Zahlungssäumnis nach § 27 Abs. 2 KVG. erlosch. Gleiches gilt auch jetzt noch, nachdem die Betriebskrankenkasse beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung zugelassen worden ist. Denn aus dem neuen Recht läßt sich ein neuer, besonderer Grund für das Erlöschen der Mitgliedschaft nicht herleiten. Die bisherige freiwillige Weiterversicherung hatte die Bedeutung, daß das Versicherungsverhältnis, so wie es vor der Weiterversicherung bestanden hatte, fortgesetzt wurde, also als eine durch freiwilligen Beitritt begründete Mitgliedschaft. Das neue Recht aber steht einer so begründeten und fortgesetzten Mitgliedschaft nicht entgegen (§§ 176, 245 Abs. 4, 314 RVO.; §§ 3, 4 der Satzung). Daraus kann indessen nicht hergeleitet werden, daß die Versicherte nunmehr auch die auf Grund des § 215 Abs. 2 RVO. getroffene Bestimmung der neuen Satzung (§ 6) gegen sich gelten lassen müßte, wonach die Kasse den freiwillig „Beigetretenen" nur Krankenpflege und Krankenhauspflege ohne Hausgeld oder deren Ersatz ohne Krankengeld gewährt. Diese Fassung entspricht nicht genau dem § 215 Abs. 2 RVO.; denn dort heißt es: „Für diejenigen, welche der Versicherung freiwillig „beitreten", kann die Satzung usw. Eine solche Bestimmung der Satzung kann daher nur für diejenigen gelten, die nach dem Inkrafttreten der neuen Satzung freiwillig beitreten, nicht also im vorliegenden Falle für die Versicherte, die der Kasse schon vor der Geltung der RVO. und der neuen Satzung beigetreten war (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 215). Wir halten hiernach den Anspruch auf Krankengeld und auf Wochengeld (mit Berücksichtigung des § 8 der Bek. v. 3. 12. 14) für begründet.

Kriegswochenhilfe für uneheliche Mütter.

13. Nach H. Antwort: Für den Anspruch der unehelichen Mutter auf Kriegswochenhilfe gemäß Bek. v. 23. April 1915, genügt es nicht, daß die Vaterschaft des Kriegsteilnehmers rechtskräftig festgestellt ist, vielmehr muß für das Kind, wie § 3 besagt, Kriegsunterstützung gezahlt werden. Nur wenn dies geschieht, ist auch der Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz der von ihr gewährten Kriegswochenhilfe gemäß § 14 begründet. Allerdings ist die Feststellung der Vaterschaft des Kriegsteilnehmers — die übrigens auch außergerichtlich erfolgen kann — Voraussetzung für die Gewährung der Kriegsunterstützung.

Wieweit sind Kassenangestellte zu den Kassenorganen wählbar?

14. Nach Jüterbog. Antwort: § 21 Abs. 4 RVO. bezieht sich nur auf die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes, steht also der Wahl des Geschäftsführers oder eines anderen Angestellten einer Krankenkasse in den Ausschuß nicht entgegen, wenn der Angestellte sonst wählbar ist. Als Versichertenvertreter ist er nach § 14 wählbar, wenn er bei der Kasse, sei als Pflichtmitglied oder freiwillig, versichert ist. Als Vertreter der Arbeitgeber ist ein Geschäftsführer der Krankenkasse, welche Arbeitgeberin von mehr als zwei Versicherungspflichtigen ist, auf Grund des § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 332 Abs. 2 ohne weiteres wählbar. Dagegen halten wir einen anderen Kassenangestellten, der nicht „Geschäftsführer oder Betriebsbeamter" der Kasse ist, auch dann nicht für wählbar, wenn der Vorsitzende nach der Satzung die Kasse u. a. hinsichtlich ihres Wahlrechts vertritt und von der gleichfalls satzungsmäßigen Befugnis, seine Vertretungsmacht auf einen Angestellten zu übertragen, Gebrauch gemacht hat. Eine solche Übertragung mag für die Ausübung des „Wahlrechts" allenfalls angängig sein, nicht aber für die „Wählbarkeit" und den Eintritt des Angestellten als Arbeitgebervertreter in den Ausschuß. Eine Übertragung dieser Art wäre nichts als eine unzulässige Umgehung des § 13 Abs. 2, der eben nur Geschäftsführer und Betriebsbeamte, nicht aber andere Bevollmächtigte zur Wählbarkeit an Stelle der Arbeitgeber zuläßt.

Kranken- und Invalidenversicherung einer Kindergärtnerin in einem städtischen Kinderheim.

15. Nach Stadtilm. Antwort: Sie schreiben, daß die „Stadt" ein Kinderheim eingerichtet und zur Leitung eine geprüfte Kindergärtnerin mit einem Monatsgehalt von 100 ℳ angestellt hat. Dann ist die Kindergärtnerin, wenn nicht im „Dienste", so doch in einem „Betriebe" der Stadtgemeinde beschäftigt, wenngleich die Mittel von privater Seite aufgebracht werden und die Stadt nur, wie Sie mitteilen, „die Garantie" übernommen hat. Aber daraus folgt keineswegs eine Verpflichtung der Stadtgemeinde, der Kindergärtnerin im Fall einer Erkrankung das Gehalt für 26 Wochen zu zahlen, wenn der Anstellungsvertrag, wie Sie angeben, nichts darüber enthält; vielmehr gilt nur § 616 BGB., wonach die Kindergärtnerin des Anspruchs auf Gehalt nicht verlustig wird, wenn sie „für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" an der Dienstleistung verhindert wird. Gesetzliche Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. wird dadurch nicht bewirkt. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit steht der Versicherten Krankengeld zu, auch für die Zeit, für die sie ihr Gehalt weiter bezieht. Auch Invalidenversicherung besteht nach § 1226 RVO.; Versicherungsfreiheit nach § 1234 wird durch Anwartschaft auf Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung nicht begründet (Entsch. des RVA. 2319 Amtl. Nachr. 1917 S. 276).

Keine Ersatzpflicht der Krankenkasse aus Anlaß der Kriegsfürsorge.

16. Nach Lüdenscheid. Antwort: Es ist anerkanntes Recht, daß eine Gemeinde gegen eine Krankenkasse Ersatz aus §§ 1531 ff. RVO. nur insoweit beanspruchen kann, als sie in ihrer Eigenschaft des Trägers der Armenlast Unterstützung gewährt hat, also z. B. nicht insoweit, als es sich um polizeiliche Maßnahmen handelt. (Vgl. Lehmann, RVO. V. und VI. Buch, Anm. 3 zu § 1531.) Im Falle der Unterstützungsbedürftigkeit der Familienangehörigen von Kriegsteilnehmern hat aber stets die Kriegsfürsorge, nie die Armenrechtspflege einzutreten. (Oberversf.-A. Merseburg in ArbVers. S. 328.) Das gilt nach der Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimatwesen auch dann, wenn eine Gemeinde über die Pflicht hinaus, die ihr durch das Kriegsunterstützungsgesetz vom 28. Februar 1888 auferlegt ist, Unterstützung gewährt. Demnach ist die Ersatzpflicht der Kasse stets ausgeschlossen, wenn die Bedürftigkeit veranlaßt ist durch die Einziehung des Kriegsteilnehmers in den Kriegsdienst.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1179 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. Juli 1917 | Heft 21

Deutsche Auslands-Krankenversicherung

Von Regierungsassessor im Staatsministerium des Innern Dr. v. Schelhorn, Intendanturrat a. K. in München

I. Einleitung.

Mit dem deutschen Soldaten ist auch der deutsche bürgerliche Arbeiter ins Feld gezogen. Schon zu Anfang des Krieges wurde er bekanntlich bei Proviantämtern und anderen Behörden und Dienststellen der Heeresverwaltung verwendet. Je weiter sich die besetzten Gebiete ausdehnten, um so mehr bürgerliche Arbeiter wurden aus der Heimat herangezogen, um Bauarbeiten auszuführen, in landwirtschaftlichen, insbesondere Dreschbetrieben, zu helfen usw. Der „Befestigungsarbeiter" im Operationsgebiet und in der Etappe wurde zur bekannten Person. Die Heeresverwaltung hat aber nicht nur unmittelbar Arbeiter in ihren Betrieben und Verwaltungen hinter der Front verwendet. Für ihre Zwecke und außerdem auch im Auftrage der neu eingerichteten Zivilverwaltungen im besetzten Ausland sind, namentlich in Belgien und Polen, auch deutsche Privatunternehmer tätig geworden. Auch sie haben dazu vielfach Leute ihrer Inlandsbetriebe ins Ausland verpflanzt. Daneben wurden außer Arbeitern der besetzten Gebiete selbst auch Angehörige verbündeter und neutraler Staaten beschäftigt.

Es ist klar, daß unter den versicherungsrechtlichen Fragen, die hier, namentlich bei den deutschen, an die Sozialversicherung gewöhnten Arbeitern, auftauchen mußten, vor allem solche auf dem Gebiete der Krankenversicherung, eine Rolle spielten. Sie hat ja in der Regel zuerst einzugreifen. Begreiflicherweise suchte man sich zunächst an das in der RVO. niedergelegte Recht zu halten; aber das galt eigentlich doch nur in Deutschland. Gerade unter den Vorschriften über die KV. fanden sich solche, die das sehr deutlich zum Ausdruck brachten; man denke an § 214 Abs. 3 *) und § 313 Abs. 1 RVO. Für die Angehörigen der bewaffneten Macht selbst wurde nun allerdings schon durch § 1 des RGes. vom 4. 8. 14, betr. Erhaltung von Anwartschaften aus der KV., der Aufenthalt im Ausland im Sinne des § 313 Abs. 1 dem im Inland gleichgestellt, für § 214 Abs. 3 ähnliches mit rückwirkender Kraft auf den 1. 8. 14 durch die Bundesr.-Bek. vom 14. 6. 16 (RGBl. S. 516) bestimmt. Es handelte sich in beiden Fällen aber nur um die Wahrung von Rechten der Eingerückten, der Kriegsteilnehmer, nicht der Leute, die als bürgerliche Arbeiter verwendet wurden, die nach der Art ihrer Beschäftigung, wenn sie die Reichsgrenze nicht überschritten hätten, versicherungspflichtig oder doch versicherungsberechtigt gewesen wären. Bei ihnen konnte, solange

*) Vgl. Amtl. Nachr. 16 S. 334 ff. Nr. 2137.

Digitized by Google

nicht der Gesetzgeber eingriff, nur etwa die bekannte Lehre von der „Ausstrahlung" Abhilfe schaffen. Der Ausstrahlungsbegriff hat aber seinen Ausgang von der Unfallversicherung genommen. Er hat bald auch auf dem Gebiete der J. u. HV. (zuletzt im § 1330 RVO.) gesetzlichen Ausdruck gefunden. Seine Anwendung auf die Krankenversicherung war dagegen bestritten. Hahn hatte sich im allgemeinen dafür, Rosin und Hoffmann dagegen ausgesprochen. Bei Hoffmann finden sich z. B. im Kommentar zum II. Buche der RVO. in Anm. 23 h zu § 165 Ausführungen, wonach „der Grundsatz der UV., daß sich die Versicherung auch auf unselbständige Ausstrahlungen eines inländischen Betriebes erstreckt (Hb. d. UV. I S. 227 ff.) für die KV. nicht gilt". Eine Ausnahme hatte Hoffmann nur für solche Versicherte anerkannt, die vorübergehend im Auslande beschäftigt sind und daher den Vorschriften der §§ 153, 154 RVO. unterliegen. Im Laufe des Krieges wurde notgedrungen der Ausstrahlungsbegriff nicht nur auf dem Gebiete der UnfVers.*), sondern auch in den anderen Versicherungszweigen erheblich ausgedehnt. Auch Hoffmann (ArbVers. 1916 S. 626)**) läßt ihn jetzt außer bei vorübergehender Beschäftigung im Ausland (§ 153 RVO.) als Ausnahme doch auch so weit gelten, als die Zugehörigkeit zu Betriebskrankenkassen in Frage kommt, „deren Bezirk alle für den Betrieb geleisteten Arbeiten umfaßt". Das RVA. hält mit der Anwendung des Ausstrahlungsbegriffs auf die Kr.-Vers. ebenfalls zurück, selbst wenn es sich um Arbeiter handelt, die unmittelbar von der deutschen Heresverwaltung beschäftigt werden. In der Grundsatz. E. 2205 (Amtl. Nachr. 1916 S. 518) standen vier Arbeiter in Frage, die schon im Inland bei einem Proviantamt beschäftigt und von diesem zu einem Feldproviantamt überwiesen worden waren. Im Inland hatten sie der zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse angehört. Das RVA. erklärte sie (unter dem 6. 5. 16) im Felde für nicht krankenversicherungspflichtig. Es vermied dabei, zu der Frage grundsätzlich Stellung zu nehmen, wieweit auch auf dem Gebiete der KrVers. im Anschluß an § 153 Abs. 2 RVO. Ausstrahlung angenommen werden könne. Im vorliegenden Falle komme sie jedenfalls nicht in Betracht; die Beschäftigung der vier Arbeiter beim Feldproviantamt in Frankreich, die bereits über Jahr und Tag dauere, sei zeitlich so ausgedehnt, daß man nicht von einzelnen Arbeiten von geringer Dauer sprechen könne. Damit hat die oberste Versicherungsbehörde entschieden, daß jedenfalls die für längere Zeit im Ausland beschäftigten deutschen Arbeiter nicht Pflichtmitglieder heimischer Ortskrankenkassen sein könnten. Das gleiche hatte dann sicher auch für Landkrankenkassen zu gelten. Nur bei Betriebskrankenkassen (und vielleicht bei Innungskrankenkassen) konnte der Fall noch anders liegen. Das RVA. hat dazu noch nicht Stellung genommen. Betriebskrankenkassen kommen sowohl für Privatunternehmungen in Betracht als auch für Stellen und Betriebe der Heeresverwaltungen, so z. B. die umfassendste, die bayerische Militär-Krankenkasse, für „alle Betriebe, Verwaltungen und Anstalten der Kgl. bayer. Militärverwaltung mit Ausnahme der technischen Institute" (§ 2 der Satzung dieser Kasse). Aber auch hier wird im einzelnen Falle immer noch ein Zusammenhang mit einem bestimmten Inlandsbetriebe festzustellen sein, dem die Arbeiten im Ausland zugerechnet werden können.*) Auch die Satzung einer Betriebskrankenkasse konnte doch wohl nicht schon auf Grund der RVO. selbständige Betriebe, Verwaltungen oder Anstalten erfassen, die der Unternehmer erst später im Ausland errichten würde. Mit der Grundsatz. Entsch. 1999 des

*) Vgl. u. a. Rabeling, UV. im besetzten Feindesland. Monatsschr. f. Arb. u. AngestVers. 1915 Sp. 545.

**) Vgl. auch Monatsschr. 1915 Sp. 612 ff., insbes. Sp. 615.

*) Auch bei der Heeresverwaltung handelt es sich nicht um einen einzigen, einheitlichen Betrieb, wie schon der Wortlaut des § 537 Abs. 1 Nr. 5 RVO. zeigt. Vgl. dazu neuerdings auch Reindl in ArbVers. 1917 S. 30.

Digitized by Google

RVA. (Amtl. Nachr. 1915 S. 444) hätte sich dies jedenfalls nicht vereinbaren lassen.

Daß es aber auch auf dem Gebiete der KrVers. Ausstrahlung mit der Wirkung gibt, daß die betreffenden Arbeiter trotz Verwendung im Ausland als im Inland nach den allgemeinen Vorschriften versichert gelten, ist nach dem Ausgeführten immerhin nicht ausgeschlossen. Dies trifft in gleicher Weise auf Arbeiter in staatlichen wie in privaten Betrieben zu. Ausstrahlung wird aber immer nur in beschränktem Umfange denkbar sein, keinesfalls, wenn für den inländischen Mutterbetrieb die Allgemeine Ortskrankenkasse zuständig ist. Den weiteren Ausführungen mag des Zusammenhanges wegen folgendes vorweggenommen werden:

Soweit Ausstrahlung angenommen wird, schlägt dann jedenfalls die Bundesr. Bek. vom 14. 12. 1916 (RGBl. S. 1383), betr. KrVers. von Arbeitern im Ausland, nicht ein; denn diese Bek. gilt nach § 7 Nr. 2 nicht für die bereits nach der RVO. im Inland versicherten Personen. Nur geht auch in diesem Falle zufolge besonderer Bestimmung im Nachsatze des § 7 Nr. 2 die Verpflichtung des Arbeitgebers nach § 221 RVO. auf die Heeres- oder Marineverwaltung über, wenn diese nach § 5 Abs. 1 der angeführten Bek. auch anderen Beschäftigten des Arbeitgebers Krankenhilfe zu gewähren hat. Gedacht ist dies so, daß ein Auslandsunternehmen des fraglichen Arbeitgebers zwar nicht als unselbständige Ausstrahlung seines Inlandsbetriebes angesehen wird, wohl aber einzelne Arbeiten, die z. B. ein vom inländischen Betriebe entsandter Monteur im Ausland vornimmt. Dieser Monteur gilt noch als Mitglied der heimischen Krankenkasse. Würde er im Auslande erkranken, so müßte an sich nach § 221 RVO. statt der Kasse der Arbeitgeber, vorbehaltlich seines Ersatzanspruchs gegen die Kasse nach § 222, für den Erkrankten sorgen. Nach § 7 Nr. 2 der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 geht unter der angegebenen Voraussetzung diese Verpflichtung des Arbeitgebers auf die Heeresverwaltung über, die, wie wir noch genauer sehen werden, den Auslandsversicherten (gegen Kostenerstattung durch die zuständige Krankenkasse) die Krankenhilfe zu gewähren hat.

Mit der Anwendung der Bek. vom 14. 12. 1916 entfällt an sich auch die der weiteren Best., die die Kriegsministerien (s. unten) oder der Reichskanzler auf Grund der Vorbehalte in den §§ 8 u. 9 dieser Bek. getroffen haben oder noch vorsehen werden. Sie können dann unmittelbar nur etwa noch so weit einschlagen, als es sich um den Vollzug des soeben erwähnten § 7 Nr. 2 Nachsatz handelt. Es wird sich nur fragen, ob die Bestimm. der Kriegsmin. nicht vielleicht doch in weiterem Umfange entsprechend anzuwenden sind, wenigstens hinsichtlich der Arbeiter, die Betriebskrankenkassen der Heeresverwaltung angehören. Dies hier im einzelnen zu prüfen, würde zu weit führen.

Die Bundesratsverordnung vom 24. 2. 1917 über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten (RGBl. S. 171) findet im allgemeinen wie im Inland Anwendung. Die Beschäftigung deutscher Arbeiter im besetzten Ausland wird in der Regel den Begriff des vaterländischen Hilfsdienstes erfüllen (s. hierüber unten).

Daß im Ausland Beschäftigte zufolge des Ausstrahlungsbegriffs als noch im Inland versichert gelten, kann aber in der KV. doch immer nur die Ausnahme bilden. Davon abgesehen bestand rechtlich im Ausland Versicherungsfreiheit, ein für die sonst Versicherten durchaus nicht erfreulicher Zustand. Sie konnten sich, streng genommen, auch nicht etwa nach § 313 RVO. bei ihrer seitherigen Kasse freiwillig weiterversichern; denn auch dieses Recht entfiel bei längerem Aufenthalt im Ausland. Es war deshalb dringend notwendig, daß der deutsche Gesetzgeber eingriff und die KrVers. im Ausland auf eine neu zu schaffende rechtliche Grundlage stellte, sei es auch nur durch eine VO. auf Grund des bekannten § 3 des Gesetzes, betr. die Er-

Digitized by Google

mächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw., vom 4. 8. 1914 (RGBl. S. 327). Zu diesem Zwecke erging mit Wirkung vom 15. 1. 1917 die bereits erwähnte VO. des Bundesr., betr. KrVers. von Arbeitern im Ausland, veröffentlicht mit Bek. des Reichskanzlers vom 14. 12. 1916 (RGBl. S. 1383). Sie gilt aber nach ihrem § 7 nicht für unständig Beschäftigte im Sinne des § 441 RVO. (das ist verhältnismäßig von untergeordneter Bedeutung) und für die bereits nach der RVO. im Inland versicherten Personen. Irrtümlich wäre es, hierunter, von besonderen Fällen und namentlich von § 5 der VO. vom 24. 2. 1917 abgesehen, nach § 313 RVO. Weiterversicherte zu vermuten. Weiterversicherung war ja nach § 313 Abs. 1 RVO. bei Aufgabe des regelmäßigen Aufenthalts im Inland rechtlich ausgeschlossen; erst § 5 der VO. vom 24. 2. 1917 hat diese Möglichkeit für die im Hilfsdienst Beschäftigten gebracht. Der hilfsdienstleistende Angestellte im Ausland, der etwa wegen der Höhe seines Entgelts versicherungsfrei wäre, aber von der erwähnten Möglichkeit der Weiterversicherung bei seiner bisherigen Kasse im Inland Gebrauch macht, wird dann allerdings nach § 7 Nr. 2 der Bek. vom 14. 12. 1916 nicht unter diese Bek. fallen; er gehört zu den im Inland Versicherten. — Davon abgesehen ist über den Geltungsbereich der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 folgendes vorauszuschicken: Die Bek. erfaßt nach § 1 zunächst Deutsche, die in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland von deutschen Unternehmern für Zwecke des deutschen Heeres oder der Kaiserlichen Marine beschäftigt werden, und unter den gleichen Voraussetzungen nach Abs. 2 Angehörige der dem Deutschen Reiche verbündeten sowie der neutralen Staaten, wenn die Beschäftigung außerhalb ihres Heimatsstaates stattfindet. Die vom Reichsamt des Innern bekanntgegebenen Erläuterungen zur Bek. erwähnen als Beispiel für die sich nach dem Schlußsatz ergebende Ausnahme einen innerhalb Luxemburgs verwendeten luxemburgischen Arbeiter. Für den Bundesr. bestand kein Anlaß, ihm innerhalb seines eigenen Landes, dessen Gesetzen er untersteht, die Vorteile der deutschen KrVers. zukommen zu lassen.

Nach § 1 sind nur die Beschäftigten von Privatunternehmen versichert, die für das Heer oder die Marine arbeiten. § 8 der Bek. ermächtigt aber die obersten Verwaltungsbehörden für Heer und Marine, die Vorschriften der Bek. vom 14. 12. 1916 weiter auszudehnen, und zwar 1. auf Personen im unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis zur Heeres- oder Marineverwaltung ohne Unterschied, ob a) in dem von deutschen oder b) von verbündeten Truppen besetzten Gebiete verwendet, 2. solche, die in dem nicht von deutschen Truppen besetzten Ausland von deutschen a) Unternehmern oder b) Behörden für Zwecke des deutschen Heeres oder der Kaiserl. Marine oder für gleiche Zwecke einer verbündeten Macht beschäftigt werden.

Das preußische und das bayer. Kriegsministerium haben bereits von der ihnen erteilten Ermächtigung Gebrauch gemacht und zunächst in Abschnitt I B (Ziff. 9) ihrer Ausführungsbestimmungen vom 20. 1. 1917 (Pr. HMBl. S. 51 ff.) und vom 15. 2. 1917 (VBl. des bayer. Kriegsmin. S. 175 ff.) zur Bundesr.-VO. vom 14. 12. 1916 grundsätzlich die Vorschriften der §§ 1—7 dieser Bundesr. VO. auf die in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland in einem unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung stehenden Versicherungspflichtigen (vgl. oben unter 1 a) erstreckt.

Auf die oben unter 1 b und 2 aufgeführten Fälle haben sie die Bundesr.-VO. vom 14. 12. 1916 nicht ohne weiteres ausgedehnt, sondern es (Abschn. II Ziff. 10) zunächst den beschäftigenden Dienststellen überlassen, im Falle des Bedürfnisses einen hierauf abzielenden Antrag auf dem Dienstwege vorzulegen. Unterbleibt hier die Versicherung, so wird den im unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwal-

Digitized by Google

tung stehenden, an sich versicherungspflichtigen Personen (oben Fall 1 b) eine besondere Krankenfürsorge für Rechnung der Heeresverwaltung nach Anlage D zu den Ausführungsbestimmungen gewährt. Für die Fälle oben unter 2 ist nicht das gleiche vorgesehen.

Neben den Befugnissen der obersten Militärverwaltungsbehörden nach § 8 der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 steht auf einem weiteren Gebiete auch dem Reichskanzler nach § 9 a. a. O. das Recht zu, den Geltungsbereich der Bek. auszudehnen. Hier muß es sich stets um das von deutschen Trupen besetzte feindliche Gebiet handeln und der Antrag von der deutschen obersten Verwaltungsbehörde dieses Gebiets ausgehen. Im übrigen können entweder a) Beschäftigungsverhältnisse zu deutschen Privatunternehmern für Zwecke anderer deutscher Behörden als der militärischen Dienststellen oder b) unmittelbare Beschäftigungsverhältnisse zu solchen anderen (nicht militärischen) deutschen Behörden in Frage kommen.

Auf Angehörige feindlicher Staaten, die in den Auslandsbetrieben deutscher Privatunternehmer, von der Heeresverwaltung oder von Zivilbehörden verwendet werden, findet die Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 keine Anwendung, auch nicht im Wege der Ausdehnung durch die obersten Militärverwaltungsbehörden oder den Reichskanzler. Die Ausführungsbestimmungen der Kriegsministerien sagen hierüber in Vorbem. 1, soweit solche „feindliche Ausländer" von der Heeresverwaltung beschäftigt werden: „Die Angehörigen feindlicher Staaten bleiben von der Versicherung ausgeschlossen, für sie besteht eine im Verwaltungswege besonders geregelte Fürsorge in Krankheitsfällen."

Die Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 mit den erwähnten Ausdehnungen gilt aber auch für Deutsche und für Angehörige verbündeter sowie neutraler Staaten (bei Beschäftigung außerhalb des Heimatstaates) nur, „wenn sie bei einer gleichen Beschäftigung im Inland (d. h. in Deutschland) der reichsgesetzlichen KrVers. unterliegen würden". Wer also nach der RVO. versicherungsfrei ist, fällt auch im Ausland nicht unter die Versicherung, z. B. nicht ein Betriebsbeamter, Werkmeister und anderer Angestellter in ähnlich gehobener Stellung, dessen regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 *M* an Entgelt übersteigt, auch nicht der Arbeiter, dem von einem der im § 169 RVO. bezeichneten Arbeitgeber für den Krankheitsfall Ansprüche gewährleistet sind, die ihn nach dieser Vorschrift versicherungsfrei machen, nicht Beamte im Sinne des § 172 Nr. 1 RVO. oder Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Schulschwestern und ähnliche Personen, deren Versicherungsfreiheit sich aus § 172 Nr. 4 RVO. ergibt, usw. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhange § 169 RVO.; denn sowohl die Heeresverwaltung als die Zivilbehörden haben im besetzten Ausland sehr vielfach besondere Krankenfürsorgeeinrichtungen für die von ihnen Beschäftigten getroffen. Anlaß bot hierzu zum Teil auch der Umstand, daß bis zur Erlassung der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 die Krankenversicherung in der Hauptsache fehlte. Eine gute Grundlage bot für die Heeresverwaltung schon Ziff. 459 der Kriegssanitätsordnung, die auch dem Heeresgefolge weitgehende Krankenfürsorge zusprach und verhältnismäßig leicht im Sinne des § 169 RVO. vollends auszubauen war. Zunächst, solange die KrVers. in das Ausland nicht erstreckt war, bestand allerdings weniger Anlaß, die Versorgungsmaßnahmen ganz genau dem § 169 RVO. anzupassen. Die amtlichen Erläuterungen zu § 9 der Bundesr-VO. vom 24. 2. 1917 führen deshalb aus: „Da aber § 169 der RVO. vorher im besetzten Ausland nicht galt und . . . nur als Muster diente, so werden sich die den Beschäftigten zugesicherten Leistungen nicht notwendig in jeder Beziehung mit denen zu decken brauchen, die § 169 a. a. O. vorsieht. Es wird als ausreichend erachtet, wenn die den Beschäftigten zugesicherten Leistungen denen des § 169 zwar nicht gleich, wohl aber gleichwertig . . . sind." Diese Er-

Digitized by Google

wägungen hätten zweckmäßig schon in der Bek. vom 14. 12. 1916 ihren Niederschlag finden sollen. Da dies nicht geschehen ist, holt es § 9 Abs. 2 der Bundesr.-VO. vom 24. 2. 1917 über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten wenigstens für das Gebiet dieser VO. nach. Er erklärt die im Hilfsdienst im Ausland Beschäftigten für versicherungsfrei, wenn ihnen gegen einen Arbeitgeber der im § 169 Abs. 1 der RVO. bezeichneten Art für den Fall der Krankheit ein Anspruch gewährleistet ist, der einem der in der genannten Vorschrift bezeichneten Ansprüche mindestens gleichwertig ist. Ob dies der Fall ist, bestimmen nicht Versicherungsbehörden, sondern das Kriegsamt. Die Tätigkeiten Deutscher im besetzten Ausland, die unter die Bek. vom 14. 12. 1916 und die erwähnten Ausführungsbestimmungen der Kriegsministerien fallen, werden regelmäßig auch als Hilfsdienstbeschäftigung im Sinne des Gesetzes vom 5. 12. 1916 und der VO. vom 24. 2. 1917 zu gelten haben. Insoweit bildet § 9 Abs. 2 der VO. vom 24. 2. 1917 auch eine Ergänzung der Bek. vom 14. 12. 1916. Sie erfaßt allerdings zunächst nur Deutsche und im Rahmen der Bundesr.-Bek. vom 4. 4. 1917 (RGBl. S. 317) nun auch gewisse Angehörige der österreichisch-ungarischen Monarchie, nicht aber sonstige Arbeiter aus verbündeten oder neutralen Staaten. Ob hier etwa noch eine Ergänzung notwendig sein wird, wird sich erst zeigen.

Zum Schlusse mag noch einem leicht möglichen Irrtum hinsichtlich des örtlichen Geltungsbereichs der Bek. vom 14. 12. 1916 und der hierzu erlassenen Ausführungsbestimmungen der Kriegsministerien vorgebeugt werden. Diese Vorschriften beziehen sich nur auf das Ausland, nicht schlechthin auf den ganzen Kriegsschauplatz. Soweit sich der Krieg noch im deutschen Elsaß abspielt, treffen sie nicht ohne weiteres zu, sondern gilt die RVO. unverändert. Gleichwohl wird auch hier die Heeresverwaltung mit Rücksicht auf die durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse zur Durchführung der KrVers. wesentlich beitragen müssen, vielfach in ähnlicher Weise, wie es in den Ausführungsbestimmungen der Kriegsministerien zur Bek. vom 14. 12. 1916 für das besetzte Ausland vorgesehen ist.

II. Die Auslands-Krankenversicherung im einzelnen.

A. Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung. (Mitgliedschaft bei Ersatzkassen.)

Welche Personen unter die Bek. vom 14. 12. 1916, betr. KrVers. im Ausland, und die Ausführungsbestimmungen der Kriegsministerien zu dieser Bek. fallen, wurde schon im vorhergehenden erörtert. Auch diese Auslands-Krankenversicherung unterscheidet zwischen Versicherungspflicht und Berechtigung zur freiwilligen KrVers. Nach beiden Richtungen sind die Grundsätze der RVO. maßgebend. Dies folgt aus §§ 1 und 11 der Bek. vom 14. 12. 1916; bezüglich der Hilfsdienstleistenden vgl. auch §§ 1, 5, 9 und 19 der VO. vom 24. 2. 1917 über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten. Versicherungspflichtig ist hiernach im Ausland, wer es bei einer gleichen Beschäftigung im Inland wäre, versicherungsfrei, wer es nach den Vorschriften der RVO. und etwa darüber hinaus nach dem besprochenen § 9 Abs. 2 der VO. vom 24. 2. 1917 ist (s. oben). Auch in der Auslands-KrVers. gibt es Versicherungsberechtigung nach § 176 RVO. und freiwillige Weiterversicherung nach § 313 RVO.

Nach der Ausstrahlungslehre (s. in der Einleitung) kommen im Ausland aber auch Personen in Frage, die als im Inland versichert gelten. Es besteht aber nicht etwa ein Wahlrecht, als ob im Ausland Versicherungspflichtige sich freiwillig im Inland versichern oder weiterversichern könnten; sie fallen vielmehr stets unter die Auslandsversicherung. Das gleiche gilt wohl auch für solche, die im Ausland versicherungsfrei tätig sind und von der Versicherungsberechtigung nach § 176 RVO. mit § 1 der Bek. vom 14. 12. 1916

Digitized by Google

Gebrauch machen wollen; auch sie werden grundsätzlich Auslandsversicherte. Waren sie aber zuvor bei einer inländischen Krankenkasse pflichtversichert, so können sie sich, wenn § 5 der Bundesr.-VO. vom 24. 2. 1917 über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten auf sie zutrifft, nach § 313 RVO. bei ihrer bisherigen inländischen Kasse weiterversichern; § 5 a. a. O. beseitigt ja für die Hilfsdienstleistenden im Ausland das Hindernis, das sonst ihrer Weiterversicherung nach § 313 Abs. 1 RVO. im Inland im Wege stände. Für Personen, deren Tätigkeit im Ausland nicht als Hilfsdienstbeschäftigung gilt, besteht dieses Hindernis nach wie vor. Wer schon im Inland freiwillig weiterversichert war (§ 313 RVO.), sich zum Hilfsdienst ins Ausland begibt und dort versicherungsfrei wäre, kann auf Grund des erwähnten § 5 jedenfalls auch bei der inländischen Kasse weiterversichert bleiben.

Zu Zweifeln wird § 9 Abs. 1 der VO. vom 24. 2. 1917 Anlaß geben:

Deutsche, die in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland von deutschen Arbeitgebern im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigt werden und nicht schon auf Grund der Bek. vom 14. 12. 1916 (RGBl. S. 1383) versichert sind, werden hinsichtlich der Versicherung gegen Krankheit den im § 1 der genannten Bek. bezeichneten Personen gleichgestellt.

Diese Bestimmung kann jedenfalls nicht den Sinn haben, daß Personen der Auslandsversicherung unterstellt werden sollen, die bei einer gleichen Beschäftigung im Inland nach der RVO. versicherungsfrei wären und die schon deshalb auch nach der Bek. vom 14. 12. 1916 nicht versichert sind. Das wäre zu auffallend und würde sich mit sonstigen Bestimmungen der VO. vom 24. 2. 1917 kaum vereinbaren lassen. Ein Blick in die amtlichen Erläuterungen zeigt denn auch, daß mit § 9 Abs. 1 etwas ganz anderes beabsichtigt war. Die Erläuterungen unterscheiden nur zwischen Leuten in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland, die nach § 1 der Bek. vom 14. 12. 1916 versichert sind, und solchen, auf die die Auslandsversicherung erst nach § 8 oder 9 dieser Bek. erstreckt werden muß (s. oben). Nur diese letzteren hat hiernach der § 9 Abs. 1 im Auge. Sie unterstellt er der Versicherung, wenn sie Hilfsdienst leisten, und wenn nicht die nach § 8 oder 9 der Bek. vom 14. 12. 1916 zuständige Stelle selbst die Versicherung auf sie ausgedehnt hat. Nachdem (s. in der Einleitung) die obersten Militärverwaltungsbehörden von der ihnen im § 8 a. a. O. eingeräumten Befugnis weitgehenden Gebrauch gemacht haben, wird es sich nur um Leute handeln, die unter § 9 fallen, also Personen, die von Zivilbehörden oder von Privatunternehmern für Zwecke solcher Behörden beschäftigt sind, um Leute im unmittelbaren Dienste der Zivilbehörden, aber auch nur dann, wenn sie nicht nach § 169 RVO. (in Verbindung mit § 9 Abs. 2 VO. vom 24. 2. 1917) von der Versicherungspflicht befreit sind.

Mit der Frage, ob versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt, hat § 9 Abs. 1 a. a. O. nichts zu tun. Die Personen, auf die er die Auslandsversicherung der Bek. vom 14. 12. 1916 erstreckt, können das eine oder das andere sein, wie ja auch § 1 dieser Bek. sowohl von Versicherungspflicht als von Berechtigung zur freiwilligen KrVers. handelt.

Können im Ausland Beschäftigte deutschen Ersatzkassen mit der Wirkung angehören, daß auf ihren Antrag ihre Rechte und Pflichten als Mitglieder der Pflichtkasse ruhen? Die Bek. vom 14. 12. 1916 und die Ausführungsbestimmungen der Kriegsministerien sprechen nicht von den Ersatzkassen. Auch das für diese Kassen geltende deutsche Recht erstreckt sich grundsätzlich nur auf das Reichsgebiet. Nur § 8 der VO. vom 24. 2. 1917 über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten wird nicht an diese Grenzen gebunden sein. Wir möchten dies aus § 5 der VO. vom 24. 2. 1917 in Verbindung damit schließen, daß § 8 Abs. 1 a. a. O. die vorhergehenden Vorschriften der VO. auf Mitglieder von Ersatzkassen entsprechend anwendet. § 8 Abs. 2 a. a. O. verbietet es auch, Bestimmungen in der Satzung einer Ersatzkasse geltend zu machen, nach denen ein Mitglied bei Übernahme einer Be-

Digitized by Google

schäftigung im vaterländischen Hilfsdienst aus der Kasse ausscheiden müßte oder einen sonstigen Rechtsnachteil erleiden würde. Dies wird nach dem Zusammenhang auch für Hilfsdienstätigkeit im Ausland gelten. Der Grundsatz, der die VO. vom 24. 2. 1917 leitet, ist, daß die Hilfsdienstbeschäftigung im Ausland keinen versicherungsrechtlichen Nachteil bringen soll. Eine Beeinträchtigung wäre es immerhin, wenn das Recht verloren ginge, einer Ersatzkasse mit den hierfür in der RVO. vorgesehenen Wirkungen anzugehören. Anderseits spricht aber § 8 Abs. 2 a. a. O. nur davon, daß nicht Bestimmungen der Satzung einer Ersatzkasse *gegen* den Hilfsdienstätigen geltend gemacht werden dürfen; er selbst wird sich gegebenenfalls beim Ausscheiden aus dem Kassenbezirk auf eine Bestimmung berufen können, wonach in diesem Falle seine Mitgliedschaft endet.

B. Zuständige Krankenkasse.

Im Ausland stehen Krankenkassen im Sinne der RVO. zunächst nicht zur Verfügung. Wie wir sehen werden, ist zwar in beschränktem Umfang die Möglichkeit vorgesehen, solche zu errichten; im allgemeinen aber muß die Auslandsversicherung vom Inland aus, von schon bestehenden deutschen Krankenkassen durchgeführt werden. Sie erhalten eine neue Art von Mitgliedern, „Auslandsversicherte", für die zum Teil Abweichungen von den sonstigen Mitgliedsrechten gelten (s. unten). Für die Krankenkassen, die mit der Auslandsversicherung betraut werden, erwächst daraus selbstverständlich — abgesehen von dem zu übernehmenden Wagnis — beträchtliche, unter Umständen auch schwierige Arbeit. Die Zuständigkeit regelt im allgemeinen die Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916, soweit es sich um Personen handelt, die in dem von *deutschen* Truppen besetzten Ausland von deutschen Unternehmern für Heereszwecke beschäftigt werden. Für Personen in unmittelbaren Beschäftigungsverhältnissen zur Heeresverwaltung in den von deutschen Truppen besetzten Gebieten haben die Kriegsministerien in ihren Ausführungsbestimmungen die zuständigen Kassen bezeichnet. Dies sind:

für Versicherte der bayer. Heeresverwaltung allgemein die bayerische Militärkrankenkasse in München, Luitpoldstr. 15, sonst für die im Westen Beschäftigten die Betriebskrankenkasse der Artilleriewerkstatt in Lippstadt,

für die im Osten Beschäftigten die Betriebskrankenkasse der Fortifikation Posen-Ost,

im übrigen, namentlich in Zweifelsfällen über die Zuständigkeit, erfolgt Anmeldung zur Betriebskrankenkasse beim Bekleidungsamt des Gardekorps in Berlin (Ausführ.-Bestimmungen I, B, 9, a).*)

Für Personen in dem *nicht von deutschen* Truppen besetzten Ausland ist keine KrK. für zuständig erklärt worden, weder für die Arbeiter von deutschen Privatunternehmern oder Zivilbehörden, noch für solche der Heeres- oder der Marineverwaltung. Den im unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung Stehenden gewährt diese bis auf weiteres, wie schon erwähnt, eine besondere Krankenfürsorge (nach Anlage D zu den Ausführ.-Bestimmungen) als Ersatz für die noch nicht eingerichtete KrV., und es wird wohl aus praktischen Gründen im wesentlichen so bleiben müssen. Eine KrK. kommt insoweit nicht in Frage.

Zur Aufnahme der von deutschen Unternehmern in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland Beschäftigten schien zunächst eine etwa vorhandene *Betriebskrankenkasse* für den inländischen Betrieb desselben Unternehmers berufen. Von dieser Regelung geht deshalb auch § 2 der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 aus. Dies empfahl sich auch schon aus dem Grunde, weil vielfach Arbeiter und Angestellte zwischen dem inländischen und ausländischen Betrieb des Unternehmers wechseln werden. Im Einzelfalle können sich dabei allerdings leicht

*) Wegen der etwaigen Errichtung besonderer militärischer Betriebskrankenkassen im Ausland und ausnahmsweiser Mitgliedschaft bei anderen als den militärischen BetrKrK. s. die folgenden Ausführungen.

Digitized by Google

Zweifel ergeben, ob Tätigkeiten im Ausland nicht überhaupt noch dem inländischen Betriebe zuzurechnen sind („Ausstrahlung", s. die Einleitung). Die betreffenden Personen wären dann nicht „Auslandsversicherte"; für sie würde von der Bek. vom 14. 12. 1916 nur § 7 Nr. 2 Nachsatz gelten (s. hierüber in der Einleitung).

Bestehen für mehrere Betriebe des Unternehmers im Inland getrennte Betriebskrankenkassen, so kann er selbst bestimmen, welche von ihnen die Auslandsversicherung übernehmen soll. Er ist dabei nicht gebunden, gerade die Betriebskrankenkasse für denjenigen inländischen Betrieb zu wählen, von dem am meisten Versicherte ins Ausland abgestellt worden sind, sondern kann auf die besonderen Verhältnisse der Kasse, ihre Leistungsfähigkeit, die größere Gewandtheit ihrer Geschäftsführer, die örtliche Nähe usw. Rücksicht nehmen.

Der Unternehmer kann aber auch für die im Ausland Beschäftigten eine besondere Betriebskrankenkasse errichten (§§ 3, 6 der Bek. vom 14. 12. 1916).*) Er bedarf hierzu, da Versicherungsbehörden im Sinne der RVO. im Ausland fehlen, der Zustimmung der für den Bereich der Kasse zuständigen deutschen obersten (Zivil-) Verwaltungsbehörde, wo auch eine solche nicht besteht, der dort zuständigen deutschen obersten Militärbehörde. Die erwähnte oberste Verwaltungs- oder Militärbehörde trifft Bestimmung über die Aufsicht, das Verfahren bei Streitigkeiten und bei Schließung der Kasse sowie über die zulässigen Rechtsmittel, also über Fragen, die sonst im Gesetze geregelt sind. Sie beschließt auch über die Genehmigung der Satzung und bestimmt zugleich, wann die Kasse ins Leben tritt. Die zuständige oberste Verwaltungs- oder Militärbehörde kann auch die Wahl zu den Kassenorganen regeln; nur muß die Wahl stets geheim bleiben. Im übrigen weist die Bek. besonders darauf hin, daß ein anderes Wahlverfahren als das nach den Grundsätzen der Verhältniswahl bestimmt werden kann. Der Grund hierfür ist darin zu suchen, daß sich im Ausland möglichste Einfachheit empfiehlt, auch schon deshalb, weil versicherungsrechtlich geschulte Behörden in der Regel nicht vorhanden sein werden. Nach dem Ausgeführten wird der Inhalt der Satzung zum großen Teil durch Entschließungen der obersten Verwaltungs- oder Militärbehörde bestimmt. Der Unternehmer wird deshalb mit ihr zuerst ins Benehmen treten müssen und dann erst die Satzung ausarbeiten und die Beschäftigten dazu endgültig anhören können.

Auch die Heeresverwaltung kann besondere Betriebskrankenkassen nach § 3 der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 im Ausland errichten. Sie wird davon aber nur Gebrauch machen, wo die Verhältnisse dies als besonders vorteilhaft erscheinen lassen. Die Kriegsministerien haben sich die Genehmigung für den Einzelfall vorbehalten. (Ausführ.-Best. I, B, 9, b.)

Soweit Betriebskrankenkassen nicht in Betracht kommen, gehören die von Privatunternehmern Beschäftigten einer Ortskrankenkasse des deutschen Grenzgebiets an. Nähere Bestimmung trifft die oberste Verwaltungsbehörde des dem Beschäftigungsorte zunächst belegenen inländischen Bezirkes. Sie wird nur große, leistungsfähige Ortskrankenkassen mit den Aufgaben der Auslandsversicherung betrauen. Beschäftigte, die nach der RVO. landkassenpflichtig wären, also insbesondere landwirtschaftliche Arbeiter, können auch einer Landkrankenkasse zugewiesen werden. Als oberste Verwaltungsbehörde im bezeichneten Sinne kommt für Preußen das Ministerium für Handel und Gewerbe in Betracht. Bei Landkrankenkassen wäre die Mitwirkung des Landwirtschaftsministeriums nötig. Bayern kommt zur Zeit nicht in Betracht.*)

Die Regel, daß entweder die bezeichneten

*) Das kann namentlich auch dann in Frage kommen, wenn für keinen inländischen Betrieb des Unternehmers eine BetriebsKrK. besteht.

*) Bayer. ME. vom 13. 1. 1917 Nr. 118 b 2, betr. KV. von Arbeitern im Ausland (StAnz. Nr. 14; Kriegsbeil. z. MBl. S. 53), Ziff. 3, bb.

Digitized by Google

inländischen Betriebskrankenkassen, eine im Ausland errichtete besondere Betriebskrankenkasse oder eine Orts- oder Landkrankenkasse des Grenzgebiets nach näherer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde zuständig ist, erleidet eine Ausnahme. Der Unternehmer kann, abweichend von den herkömmlichen Grundsätzen des Versicherungsrechts, über die Kassenzugehörigkeit der bei ihm Beschäftigten auch Vereinbarungen mit einer anderen Krankenkasse abschließen. (§ 2 Abs. 3 der Bek.) Wenn die Versicherten schon nach dem Ausgeführten einer bestimmten Betriebs-, Orts- oder Landkrankenkasse angehören, so muß die Zustimmung dieser Kasse erholt werden. Wird sie verweigert, so kann sie auf Antrag des Unternehmers durch das für die Kasse zuständige Versicherungsamt ergänzt werden, bei besonderen Betriebskrankenkassen im Ausland (s. oben) durch die zuständige oberste Verwaltungs- oder Militärbehörde. Außerdem aber bedarf der Unternehmer auch stets noch der Genehmigung der Heeres- oder Marineverwaltung. Nach den amtlichen Erläuterungen zur Bek. vom 14. 12. 1916 käme hier sogar die o b e r s t e Militärbehörde in Betracht. Dies trifft aber nach den Ausführ.-Best. der Kriegsministerien nicht mehr zu. Nach diesen (Ziff. I, A, 1) erteilt die Genehmigung die Dienststelle, in deren Auftrag der Unternehmer die Arbeiten im Ausland ausführt.

Die auffallende Bestimmung des § 2 Abs. 3 ist in der Hauptsache darauf zurückzuführen, daß einzelne Unternehmer, schon bevor der Bundesrat die Auslandskrankenversicherung regelte, also eigentlich noch ohne rechtliche Grundlage, solche Abmachungen mit inländischen Krankenkassen getroffen hatten. Soweit sie sich bewährt hatten, sollten sie beibehalten werden können. § 2 Abs. 3 gestattet aber auch neue derartige Vereinbarungen.

Die Vorschrift des § 2 Abs. 3 wurde allerdings etwas eingeschränkt, auch in Ziff. I, B, 9, c der Ausführ.-Best. der Kriegsministerien übernommen: „Sind beim Inkrafttreten der VO. (d. i. am 15. 1. 1917) die von einer militärischen Dienststelle beschäftigten Versicherungspflichtigen bereits bei einer anderen Krankenkasse (als den oben aufgeführten militärischen Betriebskrankenkassen) angemeldet, dann kann es bei der Mitgliedschaft in dieser Kasse verbleiben, wenn die Kasse damit einverstanden ist." Es handelt sich hier namentlich darum, daß militärische Dienststellen die bei ihnen Beschäftigten zur Allgem. Ortskrankenkasse ihres Heimatssitzes angemeldet hatten. Insofern können unter Umständen weit von der Grenze entfernte Ortskrankenkassen zuständig bleiben.

Auch soweit sich die Zuständigkeit einer „anderen" Kasse auf Vereinbarungen nach § 2 Abs. 3 der Bek. vom 14. 12. 1916 gründet, müssen wohl aber für die Durchführung der Versicherung die folgenden Bestimmungen dieser Bek. (namentlich auch § 4 — Grundlohn nach dem wirklichen Arbeitsverdienste!) gelten. Vereinbarungen sind nur „über die Kassenzugehörigkeit" zugelassen, nicht über das Maß der Leistungen. Auch die bei solchen „anderen" Kassen Angemeldeten sind doch Auslandsversicherte, auf die die Bek. vom 14. 12. 1916 zutrifft.

(Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Kriegsteuerungszulagen als Entgelt.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 17. November 1916 (P. 78/16).

V. ist als Bureauhilfsarbeiter bei den städtischen Straßenbahnen in M. gegen ein Tagegeld von 4 ℳ angestellt. Mit Rücksicht auf die durch den Krieg eingetretene Verteuerung des Lebensunterhalts wird ihm von seinem Arbeitgeber, dem Stadtmagistrat M., auf unbestimmte Zeit eine tägliche Teuerungszulage von 20 bis 30 ₰ gewährt. Diese Zulage ist jederzeit

Digitized by Google

widerruflich. Über die Versicherungspflicht des B. nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte besteht kein Streit, streitig ist lediglich, ob die Teuerungszulage als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen und deshalb bei der Beitragsentrichtung zur Angestelltenversicherung zu berücksichtigen ist.

Wie das Reichsversicherungsamt auf dem Gebiete der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung in ständiger Rechtsprechung festgehalten hat, ist unter Entgelt eine Leistung für eine Tätigkeit des Arbeitnehmers zu verstehen, dagegen nicht eine auf reiner Freigebigkeit des Arbeitgebers beruhende Zuwendung (zu vgl. Handb. der Unfallversf. Bd. I S. 240 Anm. 1 zu § 6 GUVG.; Nr. 18 ff. der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912; ferner Caspar-Spielhagen, Reichsversicherungsordnung, Guttentagsche Ausgabe, Bd. I Anm. 2 zu § 160).

Die gleiche Auffassung muß aber auch für das Gebiet der Angestelltenversicherung gelten (zu vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler, Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte, Anm. 2 zu § 2). Demgemäß fragt es sich hier, ob die dem B. gewährte Teuerungszulage lediglich als Ausfluß der Freigebigkeit oder des Wohlwollens des Arbeitgebers anzusehen ist. Dies muß in Übereinstimmung mit dem Rentenausschuß verneint werden. Zunächst ist ohne Belang, daß die Teuerungszulage nur auf unbestimmte Dauer und auf jederzeitigen Widerruf bewilligt ist. Es kommt lediglich auf die Tatsache der Zuwendung an, ein klagbarer Anspruch auf die Zuwendung braucht nicht zu bestehen (zu vgl. Handb. der Unfallversf. Bd. I S. 240 Anm. 1 zu § 6 GUVG.; Nr. 22, 23 der oben angeführten Anleitung des Reichsversicherungsamts). Weiter ist hier die Zuwendung aus Anlaß der Tätigkeit im Betriebe des Arbeitgebers und für diese Tätigkeit geschehen. Der Arbeitgeber hat ein Interesse daran, daß ihm die Arbeitskraft seines Angestellten in voller Höhe erhalten bleibt. Um dies Ziel zu erreichen, muß er in einer Zeit außergewöhnlicher, durch den Krieg verursachter Teuerung Zulagen gewähren. Überdies entspricht die Gewährung solcher Zulagen an gering entlohnte Arbeiter und Angestellte gegenwärtig einer allgemeinen Gepflogenheit. Daher läßt sich nicht annehmen, daß die Zuwendung notwendiger Teuerungszulagen auf reiner Freigebigkeit oder Wohltätigkeit beruhe. Der Zwang der Verhältnisse und die eigenen Interessen des Arbeitgebers bilden ebenso starke Beweggründe, als wie die Absicht, dem Angestellten eine Wohltat zu erweisen. Nach alledem ist die dem B. gewährte Teuerungszulage als Entgelt im Sinne des § 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen. Daß sein Arbeitgeber auch den pensionierten Angestellten Teuerungszulagen gewährt, vermag eine anderweite Beurteilung nicht herbeizuführen; bei den noch im Dienst befindlichen Angestellten stellt die Zuwendung jedenfalls eine Vergütung für die Arbeitsleistung dar.

„Kassenbelege" über Barauslagen des Versicherungsamts (§ 97 Vrdg. v. 24. 12. 11 über Geschäftsgang usw der Versicherungsämter).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Februar 1917 (2945 Amtl. Nachr. 1917 S. 374).

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt hatte zu erfolgen, weil es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung einer in den Ausführungsbestimmungen zur Reichsversicherungsordnung enthaltenen Rechtsnorm von grundsätzlicher Bedeutung handelt, und zwar darum, ob die in die Jahreszusammenstellung nach § 97 der angeführten Kaiserlichen Verordnung aufgenommenen Portokosten mit besonderen Kassenbelegen nachgewiesen sein müssen (zu vgl. Entsch. 1770, Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 747).

Das Reichsversicherungsamt hat dies mit dem Königl. Oberversicherungsamte verneint. Zunächst ist die Ansicht der Beschwerdeführerin rechtsirrtümlich, die Tragweite des § 97 der Kaiserlichen Verordnung reiche soweit, daß beim Fehlen der darin vorgesehenen Kassenbelege der Versicherungsträger nicht verpflichtet sei, die geforderten Barauslagen zu erstatten. Die sachliche Vorschrift des § 59 Abs. 2 RVO. über die Erstattungspflicht und die Verfahrensbestimmung des § 97 der angeführten Kaiserl. Verordnung über die Art und Weise der Erstattung müssen auseinandergehalten werden. Das Fehlen der Belege kann dem Versicherungsträger wohl das Recht geben, einstweilen die Zahlung zu verweigern, ihn aber nicht von der Zahlungspflicht befreien. Es kann also kein Zweifel darüber sein, daß die Beschwerdeführerin die vom Versicherungsamt angeforderten Beträge zu erstatten hat, soweit sie nachgewiesen sind (zu vgl. Entsch. 2741, Amtl. Nachr. 1914 S. 676), und es kann sich nur darum handeln, ob sie überhaupt berechtigt ist, einen Nachweis der entstandenen Portokosten durch einzelne Kassenbelege in der Jahreszusammenstellung zu fordern. Das ist nicht der Fall. Nach Ansicht des Reichsversicherungsamts liegt dem § 97 nicht die Absicht zugrunde, eine Maßnahme anzuordnen, die der allgemeinen Geschäftssitte widerspricht. Zum mindesten müßte das Gegenteil aus dem Wortlaut der Bestimmung unzweideutig hervorgehen. Aus der Wendung, daß die „Zusammenstellung nebst den Kassenbelegen" dem Versicherungsträger zu übersenden sei, ist ebensowenig zu schließen, daß jedem Posten unter allen Umständen ein Beleg entsprechen muß, wie aus dem Eingang entnommen werden kann, daß jeder Posten kassenmäßig gebucht werden muß. Ins-

Digitized by Google

besondere kann das für Portokosten nicht gefordert werden. Es ist im öffentlichen und im bürgerlichen Geschäftsverkehr im allgemeinen üblich, Ausgaben an Porto nicht einzeln kassenmäßig zu buchen und zu verausgaben. Dem entspricht, daß bei solchen Auslagen Kassenbelege nicht gefordert oder gegeben werden. Das würde auch zu Schwierigkeiten und einem unzweckmäßigen Verbrauch an Arbeitskraft und Arbeitsmaterial führen. Das Verlangen der Beschwerdeführerin ist demgemäß ungerechtfertigt; sie muß sich vielmehr mangels einer ausdrücklichen Vorschrift oder Bestimmung mit einem Nachweis über die Portokosten begnügen, der dem allgemeinen Geschäftsverkehr entspricht. Selbstverständlich muß die Rechnung so aufgestellt sein, daß der Versicherungsträger sie ohne Schwierigkeit nachprüfen kann (zu vgl. Appelius-Düttmann-Seelmann, „Das Verfahren vor den Versicherungsbehörden", 4. Aufl. S. 83). Dem ist entsprochen, wenn der Versicherungsträger an der Hand seiner Akten und des Posttarifs die Höhe der entstandenen Portokosten feststellen kann. Soweit Portokosten in Rechnung gesetzt werden, die sich so nicht nachprüfen lassen oder die gewöhnlichen Sätze überschreiten, kann ein besonderer Beleg gefordert werden. Im übrigen ist es Tatsache, ob der vom Versicherungsamte geforderte Portobetrag hinreichend nachgewiesen und die Nachprüfung ohne Schwierigkeit möglich ist. Ob diese bei Rücksendung der einzelnen Akten oder nachträglich bei Prüfung der Jahreszusammenstellung erfolgt, ist lediglich Frage der Zweckmäßigkeit.

In der vorliegenden Beschwerde ist allen zu stellenden Anforderungen genügt. Aus den Akten geht hervor, daß für jede Postzustellung 30 ₰, für jede Rücksendung der Akten 25 ₰ angesetzt sind. Soweit Ladungen durch Magistratsboten erledigt sind, ist nichts gefordert, wie es auch der Vorschrift des § 59 RVO. entspricht (zu vgl. Amtl. Nachr. 1914 a. a. O.). Zweckmäßig hat das Versicherungsamt bei jeder Rücksendung der Akten vermerkt, welcher Betrag an Portokosten am Ende des Jahres eingefordert wurde. Dadurch war eine Nachprüfung beim Eingang der Akten leicht möglich.

B. Zur Krankenversicherung.

Versagung der Wochenhilfe bei militärischer Kommandierung des Ehemannes zu mehrmonatiger Arbeitsleistung in einem Baugeschäft.

Urteil des **Württ. Oberversicherungsamts** (Spruchkammer Reutlingen) v. 19. April 1917.

Die Ehefrau des Berufungsklägers L. gehörte vor ihrer Niederkunft nicht zur Kategorie der gegen Krankheit versicherten Lohnarbeiter und war daher nicht Mitglied der berufungsbeklagten Krankenkasse. Der Berufungskläger war vor seiner am 11. August 1914 erfolgten erstmaligen militärischen Einberufung in der Zeit vom 11. März 1912 bis 10. August 1914 Mitglied der berufungsbeklagten Krankenkasse. Die Voraussetzung des § 1 Ziff. 2 der Bekanntmachung des Bundesrats, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) wäre also gegeben. Dagegen ist die weitere Bedingung des § 1 Ziff. 1 a. a. O. nicht erfüllt. Das Oberversicherungsamt hat in dieser Hinsicht die Anschauung der Vorinstanz geteilt. L. hat zur Zeit der Niederkunft seiner Frau — und hierauf kommt es an, zu vgl. Entsch. des RVA. v. 22. November 1915, Amtl. Nachr. 1916 S. 349 — dem Reiche keine Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet. Er war vielmehr damals und ebenso mehrere Monate vorher und nachher zugunsten der Baufirma C. W. in R., welche in der Pulverfabrik daselbst Bauarbeiten ausführte, zurückgestellt. Diese Zurückstellung bedeutete nach der Auskunft des Stellv. Generalkommandos des XIII. (K. W.) Armeekorps, daß L. für die betreffende Zeit aus dem Militärdienst entlassen und in jeder Beziehung als freier Arbeiter anzusehen war. Mit anderen Worten: die Heeresverwaltung hatte für die in Rede stehende Zeit ihrer bisherigen Verfügungsmacht zugunsten der Baufirma W. entsagt. (Zu vgl. auch „ArbVers." 1915 S. 646.) L. war so in die Lage versetzt, wieder mit nachhaltiger Wirkung einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, mochte er auch später wieder wie seither zum Landsturmbataillon R. oder sonstwo zu einer Truppe eingezogen werden. Entscheidend ist nicht, ob die Entlassung aus dem Militärverhältnis eine endgültige war, sondern ob der Kriegsteilnehmer sich in der Lage sah, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen und im Entbindungsfalle selbst für Weib und Kind zu sorgen. (Vgl. Bescheid des Reichskanzlers, Reichsamt des Innern, v. 27. Dezember 1915, II. 7767; „Versicherungsbote" 1916 S. 138, die oben angeführte Entsch. des RVA. v. 22. November 1915, weitere Entscheidungen des RVA. vom 6. Juni und 14. August 1916, Amtl. Nachr. 1916 S. 630 u. S. 627.) Der Berufungskläger hat nun besonders geltend gemacht, daß er zur Arbeitsleistung „kommandiert" gewesen sei und daher nicht wie ein freier Arbeiter sich die ihm am meisten zusagende Arbeitsstelle mit den günstigsten Lohnbedingungen habe aussuchen können. Er glaubt, daß aus diesem Grunde die militärische Zurückstellung und die während derselben ausgeübte Beschäftigung die Kriegsdienstleistung nicht unterbrochen habe. L. fußt dabei auf einer Entscheidung des Kgl. Sächsischen Oberversicherungsamts, 3. Spruchkammer, in Leipzig, vom

Digitized by Google

21. Mai 1916. In dieser Entscheidung ist ausgeführt, die gesamte soziale und gewerbliche Gesetzgebung des Reiches gehe von dem Grundsatze der Freiheit des Arbeitsvertrages aus. Wenn also in der Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 von der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit gesprochen werde, so könne damit nur eine solche gemeint sein, bei der der Betreffende frei in der Verwertung der ihm gegebenen Arbeitsfähigkeit sei. Das Württ. Oberversicherungsamt, Spruchkammer Reutlingen, vermochte seinerseits nicht anzuerkennen, daß dieser sonst unbestreitbare Grundsatz auch für die besonderen vorübergehenden Bestimmungen der Kriegswochenhilfe maßgebend ist. Der Zweck dieser Bestimmungen ist, um dies nochmals zu betonen, denjenigen Ehefrauen von Kriegsteilnehmern durch die Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs eine besondere Fürsorge zuzuwenden, die nicht imstande sind, ihrer Familie selbst beizustehen. Der Anlaß zur Gewährung dieser Beihilfe fällt also weg, wenn der Ehemann selbst eine Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen kann. Es ist außerdem nicht zuzugeben, daß der Berufungskläger im vorliegenden Falle durch seine „Kommandierung" wirtschaftlich in einer ins Gewicht fallenden Weise benachteiligt war. Laut Mitteilung der Baufirma C. W. in R. hat L. bei derselben einen steigenden Stundenlohn von 50 bis 64 ₰ bezogen, d. i. der tarifmäßige Lohn, den auch andere gleichartige Arbeiter erhalten. Es mag sein, daß bei der einen oder anderen Firma ein etwas höherer Lohn bezahlt wurde, erheblich kann aber der Unterschied nicht gewesen sein. L. selbst spricht von einer Differenz von 2—3 ₰ in der Stunde. Jedenfalls war der dem L. gewährte Lohn ein auskömmlicher, und ermöglichte es ihm derselbe, selbst für die Kosten der Entbindung seiner Frau aufzukommen. Hierin war aber nach dem Gesagten der Schwerpunkt zu erblicken. Dadurch ferner, daß der Berufungskläger in nächster Nähe seines Wohnortes beschäftigt war — die Entfernung zwischen R. beträgt nur 1½ Kilometer —, war er in der Lage, allabendlich nach Hause zurückzukehren, und wurde daher nicht, wie es vielleicht sonst hätte vorkommen können, der Arbeitslohn zum größten Teil durch die Kosten des Aufenthalts am Arbeitsort aufgezehrt. (Zu vgl. die Ausführungen in der Zeitschrift „Die Krankenversicherung" 1916 S. 131.) Hiernach ist der Ehefrau des Berufungsklägers von der Berufungsbeklagten die Kriegswochenhilfe mit Recht versagt worden und war der Berufung der Erfolg zu versagen.

Familienhilfe bleibt Mehrleistung (§ 179 Abs. 3 RVO.), auch wenn dafür Zusatzbeiträge erhoben werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 3. Februar 1917.

Nach § 1 des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) sind für die Dauer des Krieges bei sämtlichen Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen die Leistungen auf die Regelleistungen und die Beiträge auf 1½ vom Hundert des Grundlohnes festgesetzt. Nach § 1 Abs. 2 a. a. O. kann jedoch das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) auf Antrag des Vorstandes einer Krankenkasse verfügen, daß niedrigere Beiträge erhoben oder höhere Leistungen gewährt werden, wenn die Leistungsfähigkeit der Kasse gesichert ist, daß die Familienhilfe (§ 205 RVO.) nicht zu den im Gesetz vorgeschriebenen Regelleistungen (§ 179 a. a. O.), sondern zu den durch die Satzung bestimmten Mehrleistungen gehört, steht außer Zweifel. Sie verliert ihre Eigenschaft als Mehrleistung auch dann nicht, wenn die Kasse von dem ihr nach § 384 Abs. 2 a. a. O. zustehenden Rechte Gebrauch gemacht hat, in der Satzung zu bestimmen, daß von dem Versicherten mit Familienangehörigen ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Denn der Begriff der Regelleistungen ist im Gesetz fest umschrieben; die Art, in der die Mittel aufgebracht werden, ist hierauf nicht von Einfluß. Nach dem Wortlaut des § 1 a. a. O., wonach die Leistungen auf die Regelleistungen festgesetzt sind, hätte also für die Dauer des Krieges die Familienhilfe trotz Erhebung von Zusatzbeiträgen wegzufallen. Es fragt sich nur, ob diese Vorschrift im Hinblick auf den vom Gesetzgeber mit ihr erstrebten Zweck einer anderen Auslegung fähig ist. Das Oberversicherungsamt will das im Gegensatz zum Versicherungsamt bejahen in der Erwägung, daß es sich lediglich um die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Kassen handle, und daß deshalb nur der Wegfall solcher Leistungen in Betracht kommen könne, die geeignet seien, die Kasse zu belasten. Das sei aber bei Leistungen nicht der Fall, deren Deckung durch Erhebung besonderer Zusatzbeiträge sichergestellt sei. Es könne keinesfalls in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben, durch die Beseitigung der gerade in der Kriegszeit besonders wichtigen Familienhilfe die Versicherten zu schädigen, wenn daraus den Kassen — wie hier — kein Vorteil erwachse. Daher sei anzunehmen, daß die durch Zusatzbeiträge gesicherte Familienhilfe durch § 1 a. a. O. nicht berührt werde. Es kann zweifelhaft sein, ob bei der Auslegung der Vorschrift diesen Erwägungen gegenüber dem Wortlaut der Vorzug gegeben werden darf. Über diese Frage war aber nicht zu entscheiden. Denn die Weitergewährung der Familienhilfe und die Erhebung der Zusatzbeiträge ist vorliegend schon dadurch für alle Fälle gedeckt, daß eine Verfügung im Sinne des § 1 Abs. 2 a. a. O. ergangen ist. Die Innungskrankenkasse der Bauinnung hatte bei dem Versicherungsamt am 26. Februar und 13. Mai 1915 beantragt, die Familienhilfe weitergewähren zu dürfen. Dieser Antrag war zwar durch Beschluß des Beschlußausschusses vom 3. Juni 1915 aus formellen Gründen abgelehnt worden. Auf die Beschwerde der Kasse hat aber das

Digitized by Google

Oberversicherungsamt durch Entscheidung vom 9. Juli 1915 den Beschluß aufgehoben und anerkannt, daß die Innungskrankenkasse der Bauinnung berechtigt ist, die im § 23 ihrer Satzung vorgesehene Familienhilfe auch nach dem 4. August 1914 zu gewähren und die in § 44 a. a. O. festgesetzten Zusatzbeiträge zu erheben. Ist diese Entscheidung auch gleich dem im vorliegenden Streit ergangenen Abgabebeschluß des Oberversicherungsamtes vom 6. Juli 1916 in der Hauptsache darauf gestützt, daß die Gewährung von Familienhilfe gegen Erhebung von Zusatzbeiträgen von § 1 des Gesetzes vom 4. August 1914 überhaupt nicht getroffen werde, und daß es deshalb einer besonderen Verfügung der Versicherungsbehörden im Sinne des § 1 Abs. 2 a. a. O. nicht erst bedürfe, so enthält sie doch zugleich die Billigung der Absicht der Kasse, die Familienhilfe nicht wegfallen zu lassen. Durch die endgültige Entscheidung des Oberversicherungsamtes ist das Verfahren über den Antrag der Kasse rechtskräftig abgeschlossen. Der Kassenvorstand war daher nicht in der Lage, weitere Schritte in der Sache zu tun, konnte vielmehr mit Recht davon ausgehen, daß der Gewährung der Familienhilfe auch weiterhin nichts im Wege steht. Bei dieser Sachlage und da ferner aus den Ausführungen des Oberversicherungsamtes hervorgeht, daß ihm auch die Leistungsfähigkeit der Kasse hinreichend gesichert erschien, ist seine Entscheidung vom 9. Juli 1915 als eine Verfügung im Sinne von § 1 Abs. 2 a. a. O. anzusehen. Da hiernach die Kasse berechtigt ist, auch über den 4. August 1914 hinaus Familienhilfe zu gewähren, folgt von selbst, daß sie auch Zusatzbeiträge hierfür erheben darf. Denn da nach § 384 Abs. 2 RVO. die §§ 381, 382, 385 bis 403 a. a. O. über die Aufbringung der Mittel, insbesondere also die einschränkenden Vorschriften der §§ 385 ff. über die Bemessung und Höhe der Beiträge für die Zusatzbeiträge nicht gelten, findet auch § 1 des Gesetzes vom 4. August 1914 auf sie keine Anwendung.

Der Anspruch des Zimmermanns E. auf Rückzahlung der für die Zeit nach dem 4. August 1914 eingezahlten Zusatzbeiträge ist deshalb unbegründet.

Mißlungener Arbeitsversuch.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 23. April 1917 (II e K. E. 19/17).

Das Oberversicherungsamt ist zur Abweisung der Klage gelangt, weil es die Tätigkeit der verpflegten Frau B. in der Zeit vom 11. bis 18. oder 20. September 1913 bei K. nicht für eine, ihre Versicherungspflicht bei der Beklagten begründende, wirtschaftlich wertvolle Arbeit, sondern nur für einen mißlungenen Arbeitsversuch erachtet hat. Nach Lage der Akten war das Oberversicherungsamt zu dieser Auffassung im Rahmen der freien Beweiswürdigung berechtigt. Die Frau B. hat sich bereits vom 15. 5. 13 an in der Irrenanstalt Herzberge befunden, ein mehrfacher Versuch ihres Ehemannes, ihre Entlassung zu erwirken, ist mit Rücksicht auf ihren, eine stete Beaufsichtigung erheischenden Zustand abgelehnt worden; am 9. 8. 13 ist sie gegen den Rat der Anstaltsdirektion, auf Drängen einer Verwandten zeitweilig entlassen, weil diese den Versuch machen wollte, mit ihr gemeinsam zu arbeiten, um sie abzulenken und sie geistig wieder aufzurichten. Über die wirklich geleistete Arbeit ist etwas Bestimmtes nicht ermittelt worden, aber nach wenigen Tagen hat sich das Leiden wieder verschlimmert. Frau B. wurde von der alten Unruhe ergriffen, ließ die Arbeit liegen, verließ die Wohnung, irrte planlos umher und wurde von der Polizei aufgegriffen und bereits am 27. 9. 13 der Irrenanstalt Dalldorf zugeführt, in der sie bis zum 1. 1. 15 verblieb.

Bei dieser Sachlage kann der Auffassung, es handle sich nur um einen fehlgeschlagenen Versuch, Arbeit zu leisten, nicht entgegengetreten werden, eine die Versicherungs- und damit auch die Erstattungspflicht der Beklagten begründende tatsächliche Arbeit liegt nicht vor und es ergab sich hieraus die Zurückweisung des Klageanspruches.

C. Zur Unfallversicherung.

Grundsätze für Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Krankheitserscheinungen und Unfall, besonders bei Bruchleiden.

Rek. Entsch. des **Sächs. Landesversicherungsamts** v. 21. April 1917 (5 U. T.).

Das Berufungsgericht hat ohne Beantwortung der Frage, ob der Kläger den von ihm behaupteten, in keiner Weise auch nur wahrscheinlich gemachten Unfall tatsächlich erlitten habe, verneint, daß, wenn der angebliche Unfall sich ereignet hätte, der nach diesem Ereignisse festgestellte Leistenbruch als eine Unfallfolge angesehen werden dürfe. Es stützt sich dabei im wesentlichen auf die von ihm inhaltlich zutreffend wiedergegebene Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts über die Ursächlichkeit von Unfällen, besonders bei der Entstehung von Leistenbrüchen (zu vgl. Handbuch der UnfVers. I S. 73 flg. der 3. Aufl. Anm. 286 zu § 1 GUVG. und die angez. Entsch. sowie Rek. Entsch. 2585 in Amtl. Nachr. 1912 S. 930 flg.). Ein Anlaß, von dieser Rechtsprechung abzugehen, der sich das Landesversicherungsamt bereits in mehrfachen Entscheidungen angeschlossen hat, liegt nicht vor.

Die Grundsätze, auf denen in diesen Erscheinun-

Digitized by Google

gen gestützt wird, beruhen auf zahlreichen, über die gegenwärtig vorliegende Frage erstatteten Gutachten maßgebender Lehrer der medizinischen Wissenschaft (zu vgl. die in der Rek. Entsch. 2585 angez. Gutachten und die Leitsätze eines Vortrages des Geheimrats Dr. Bier in Berlin vom 15. 5. 1911, abgedruckt in Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 917 flg.) und bieten deshalb eine zuverlässige Grundlage für die Entscheidungen auf dem Gebiete, auf dem auch die gegenwärtige zu treffen ist. Danach ist zu unterscheiden zwischen dem Leistenbruche, der durch Gewalteinwirkung bei fehlender Bruchanlage oder bei vorhandener Anlage durch den Bruchaustritt, d. h. den Übergang von der Anlage zum vollkommenen Bruche plötzlich entsteht, und dem Leistenbruche, der in natürlicher, allmählicher Fortentwicklung einer vorhandenen Bruchanlage sich ausbildet. Im ersteren Falle kann nur äußerste Gewalteinwirkung den Bruch zur Entstehung bringen, und dies muß zu stürmischen Schmerzen, Blutungen, Übelkeit und anderen schweren Erscheinungsformen führen, sowie den Verletzten zu sofortiger Unterbrechung der Arbeit und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe nötigen (zu vgl. Handb. a. a. O. S. 74, Amtl. Nachr. a. a. O. S. 932 flg., 934). Weder die Voraussetzung äußerster Gewalteinwirkung ist vorhanden; als solche stellt sich das Abgleiten des Gewichts vom Knie bis in die Leistengegend nicht dar. Noch ist eine der Erscheinungsfolgen der plötzlichen Entstehung eines Bruches festzustellen gewesen. Der Kläger hat nach dem Unfalle seine Arbeit, ohne ärztliche Hilfe zu suchen, noch tagelang fortgesetzt, große Schmerzen jedenfalls nicht gelitten; an der Stelle eines Leistenbruches sind kennzeichnende Schwellungen oder Zeichen eines Bluterguſſes nicht zu finden gewesen.

Danach könnte, wenn anzunehmen wäre, der Sachverständige Dr. Sch. sei von der plötzlichen Entstehung des Bruches durch Gewalteinwirkung ausgegangen, sein Gutachten, das ohne die Feststellung stürmischer Krankheitserscheinungen das Auffallen des Gewichts als Ursache des Bruches ansieht, als zutreffend keinesfalls anerkannt werden. Der Sachverständige geht jedoch von der Wahrscheinlichkeit aus, daß eine Bruchanlage bereits vor dem angeblichen Unfalle bestanden hat, und vertritt nur die Meinung, daß nicht hierin, sondern in dem Ereignisse, bei dem und — nach seiner Meinung — in dessen Folge der Bruch in den möglicherweise schon offenen Bruchkanal eingetreten sei, die Ursache des Leistenbruchs zu erblicken sei. Damit spricht er sich über eine Rechtsfrage aus, die in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. Amtl. Nachr. a. a. O. S. 931, 934) ebenso, wie in der des Reichsgerichts (zu vgl. Kommentar der Reichsgerichtsräte Vorbem. 5 a vor § 823 und Vorbem. 3 vor § 249 BGB. S. 772 und 275 Bd. I der 2. Aufl. und angez. Entsch.), dahin beantwortet wird, daß nicht alle Bedingungen, die im Einzelfalle zu einem Erfolge mitgewirkt haben, für die rechtliche Beurteilung als Ursachenglieder dieses Erfolges angesehen, sondern nur diejenigen Glieder der Ursachenkette als die bestimmenden in Betracht gezogen werden dürfen, deren Wirksamkeit für das Eintreten des Erfolges nach allgemein menschlicher Erfahrung maßgebend gewesen ist. An der Hand der oben erwähnten Gutachten ärztlicher Autoritäten, nach denen in allen Fällen, in denen bei irgendeinem Geschehnisse, besonders bei der Arbeit ein Leistenbruch ohne schwere — stürmische — Krankheitserscheinungen bemerkt wird, entweder das Geschehnis nur die Gelegenheit zur Entdeckung des längst vorhanden gewesenen Bruches gewesen ist oder den ganz unerheblichen Anlaß zum Übergange der bereits ausgebildeten Bruchanlage in den vollkommenen Bruch darstellt (zu vgl. Amtl. Nachr. a. a. O. S. 933, 934, Handb. a. a. O. S. 74), hat deshalb das Reichsversicherungsamt mit Recht für die Fälle dieser Art die Betriebstätigkeit insbesondere als unwesentlichen Umstand aus der Ursachenreihe für die Entstehung eines Leistenbruchs ausgeschieden und verneint, daß sie als Ursache oder Mitursache eines solchen im Rechtssinn angesehen werden könne. Dasselbe muß aus denselben Gründen auch gelten, wenn bei der Betriebstätigkeit ein Ereignis, wie das im vorliegenden Falle behauptete, eintritt, ohne die Folgen der plötzlichen Entstehung eines Bruches zufolge Gewalteinwirkung zu zeitigen. Da solche Folgen beim Kläger ausgeblieben sind, so ist die Frage, an deren Beantwortung der Sachverständige Dr. Sch. herangetreten ist, nicht so, wie es von seiner Seite geschieht, sondern umgekehrt dahin zu beantworten, daß nicht das vom Kläger behauptete Ereignis, sondern die in größerer oder geringerer Ausbildung bereits vorhanden gewesene Bruchanlage die Ursache des, wenn dem Kläger geglaubt werden darf, erst nach jenem Ereignisse entdeckten Bruches gewesen ist, sofern dieser nicht etwa, nach Befinden dem Kläger selbst unbekannt, bereits vorher als ausgebildeter Bruch vorhanden gewesen sein sollte. Das ist auch offensichtlich die Meinung der beiden anderen Sachverständigen. . . .

Danach hat das Berufungsgericht mit Recht angenommen, daß der vom Kläger behauptete Fall, nämlich einer der äußerst seltenen Fälle der plötzlichen Entstehung eines Bruches durch Gewalteinwirkung, nicht vorliegt, sondern bei Unterstellung der Wahrheit des vom Kläger behaupteten Vorgangs der Bruch, wie in den weitaus meisten Fällen, in natürlicher, allmählicher Fortentwicklung einer vorhandenen Anlage entstanden und bei dem angeblich während der Arbeit eingetretenen Ereignisse des Abgleitens des Gewichtes vom Knie des Klägers zur Leistengegend nur entdeckt, höchstens dieses Ereignis die Gelegenheit für den natürlichen Übergang der Bruchanlage zum vollkommenen Bruche, nicht aber dessen Ursache gewesen ist (zu vgl. Amtl. Nachr. a. a. O. S. 934).

Digitized by Google

Der Unfallentschädigungsanspruch des Klägers ist hiernach gerechtfertigterweise nicht beachtet worden, und deshalb war sein Rekurs als unbegründet zurückzuweisen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Beginn der Krankenrente (§ 1255 Abs. 3 RVO.), wenn kein Anspruch auf Krankengeld besteht.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 10. Januar 1917 (2334 Amtl. Nachr. 1917 S. 442).

Unstreitig ist, daß der Kläger nicht dauernd invalide ist. Nach § 1255 Abs. 3 RVO. erhält Invalidenrente auch der Versicherte, der nicht dauernd invalide ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist oder der „nach Wegfall des Krankengeldes" invalide ist, für die „weitere Dauer der Invalidität" (Krankenrente). Die zweite Möglichkeit für die Gewährung der Krankenrente bezieht sich auf diejenigen Fälle, in denen ein gegen Krankheit Versicherter ausnahmsweise trotz fortbestehender Arbeitsunfähigkeit den Anspruch auf Krankengeld gegen die Krankenkasse vor dem Ablauf der 26. Woche auf Grund des § 188 RVO. verloren hat (zu vgl. Revisionsentsch. 1621 und 1655, Amtl. Nachr. 1912 S. 888, 1187); es soll dadurch ein lückenloser Anschluß der Invalidenversicherung an die Krankenversicherung erreicht werden (Kommissionsber. IV. S. 42 ff.). Von einem „Wegfall" des Krankengeldes kann nach dem allgemeinen Sprachgebrauche nur dann die Rede sein, wenn vorher ein Anspruch auf Krankengeld bestanden hat. Demnach ist ein Anspruch auf Krankenrente vor Ablauf der 26. Woche nach Zweck und Wortlaut des § 1255 Abs. 3 RVO. dann nicht begründet, wenn der vorübergehend Invalide, wie hier, überhaupt keinen Anspruch auf Krankengeld hatte (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar Anm. 29 zu § 1255 RVO.; Handb. der Unfallversf. I Anm. 1 zu § 13 Gewllnf.-VersGes.; Rekursentsch. 1881, Amtl. Nachr. 1901 S. 599). In den Fällen des § 1255 Abs. 3 RVO. wird die Krankenrente ferner nur gezahlt für die „weitere Dauer der Invalidität", also nur für die Zeit nach Ablauf der 26. Woche oder nach Wegfall des Krankengeldes, nicht für die vor dieser Zeit liegenden Wochen, in denen Invalidität bestand. Der Kläger kann somit als vorübergehend Invalider Krankenrente erst vom Ablauf der 26. Woche nach Eintritt der Invalidität beanspruchen, nicht auch für die zurückliegende Zeit. In diesem Umfang ist ihm die Krankenrente zugesprochen worden. Seine Berufung war deshalb als unbegründet zurückzuweisen.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 1242 Nr. 1, 2 der RVO.

Vom 11. Juni 1917 (ZentrBl. f. d. Deutsche Reich S. 139).

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 16. Mai 1917 auf Grund des § 1242 Nr. 1, 2 der RVO. beschlossen:

„Die § 1234, § 1235 Nr. 1, §§ 1237, 1240, 1241 der RVO. gelten

1. für Personen, die in Betrieben oder im Dienste anderer als der im § 1234 bezeichneten öffentlichen Verbände oder von Körperschaften oder als Lehrer und Erzieher an nichtöffentlichen Schulen beschäftigt sind, wenn
   a) ihnen mindestens die im § 1234 bezeichneten Anwartschaften gewährleistet sind oder sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden,
   b) ferner ihre Arbeitgeber als Mitglieder des Bayerischen Versorgungsverbandes die Befreiung beantragt haben oder beantragen werden;
2. für Personen, denen auf Grund früherer Beschäftigung bei den in Nr. 1 bezeichneten, dem Bayerischen Versorgungsverband angeschlossenen Verbänden oder Körperschaften, Schulen oder Anstalten Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge nach den Sätzen der ersten Lohnklasse bewilligt sind und daneben eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge (§ 1231) gewährleistet ist."

Sprechsaal.

Gemeindliche Melde- und Zahlstellen der Krankenkasse.

Nach § 319 RVO. kann das Versicherungsamt für Orts- und Landkrankenkassen gemeinsame Meldestellen errichten oder deren Geschäfte mit Genehmigung der Gemeindeaufsichtsbehörde den Ortsbehörden übertragen. Die Kosten werden auf die beteiligten Kassen nach Verhältnis des Jahreseinganges an Beiträgen umgelegt, sofern nicht das Oberversicherungsamt einen anderen Maßstab bestimmt. Die Verteilung der Kosten der Meldestellen und die Festsetzung ihrer Höhe steht dem Versicherungsamt zu; der Begriff Kosten umfaßt neben den Barauslagen auch sächliche und persönliche Kosten (Erl. des preuß. Min. f. Handel u. Gew. vom

Digitized by Google

7. August 1914, ArbVers. 1914 S. 590). Auf Antrag beteiligter Kassen kann das Versicherungsamt die gemeinsamen Meldestellen zugleich als Zahlstellen bestimmen, die Beiträge einnehmen und Leistungen auszahlen. Es kann den Ortsbehörden mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörde die Geschäfte der Zahlstellen übertragen. Das Versicherungsamt kann die Krankenkassen mit ihrer Zustimmung unter Vereinbarung über die Kosten bei der Einziehung der Beiträge unterstützen (§ 404 a. a. O.).

Soweit ländliche Krankenkassen in Frage kommen, haben die Versicherungsämter von der ihnen zustehenden Befugnis, Meldestellen zu errichten, mit wenigen Ausnahmen Gebrauch gemacht und deren Geschäfte den Gemeindeverwaltungen übertragen; seltener erfolgte die Errichtung von Zahlstellen, und das mit Recht, wie unten ausgeführt wird. Hierbei wurden bezüglich der Höhe der Vergütung der Meldestellen meist keinerlei Vereinbarungen getroffen und auch die Höhe der Kosten nicht festgesetzt. Soweit aber Vereinbarungen getroffen wurden oder Feststellungen erfolgten, haben sie sich später zum weitaus größten Teile als unzweckmäßig erwiesen. Dies hatte zur Folge, daß viele Krankenkassen alsbald mit den Gemeindeverwaltungen ihres Bezirkes Verhandlungen zu pflegen hatten, die in manchen Fällen ohne Erfolg waren, und zur Aufhebung der Meldestellen führten.

Da die Errichtung und ordnungsmäßige Führung einer Meldestelle im wohlverstandenen Interesse beider Teile — sowohl der Krankenkassen als auch der Gemeindeverwaltungen — liegt, erscheint es zweckmäßig, eine allgemeine einheitliche Regelung dieser Frage anzustreben. Hierbei dürften folgende Gesichtspunkte, welche die Zustimmung des Verbandes der Landgemeinden Bayerns E. V. in München, sowie des Bayerischen Krankenkassenverbandes, Sitz Passau, fanden, maßgebend sein. Wie erwähnt, zerfällt die Tätigkeit der Gemeindeverwaltungen in die Besorgung des Meldewesens (Meldestellen) und der Beitragseinhebung (Zahlstellen). Diese Geschäftsteilung erscheint schon deshalb zweckmäßig, weil die Meldestelle in der Regel vom Gemeindeschreiber, die Beitragseinhebung aber meist durch den Gemeindediener besorgt wird.

a) Meldestellen. — Die Meldestelleninhaber sollen grundsätzlich nur die einschlägigen möglichst einheitlichen Formblätter der Krankenkassen (An- und Abmeldungen u. dgl.) an die Meldepflichtigen verteilen und die von diesen selbst auszufertigenden Formblätter wieder entgegennehmen, die Zeit des Einganges der Meldungen auf denselben vermerken und die bis zum Schlusse der Woche angefallenen Meldungen unter Umschlag als Geschäftspapiere an die zuständige Krankenkasse einsenden. Eine weitergehende Tätigkeit der gemeindlichen Meldestellen erscheint nicht zweckmäßig, weil beispielsweise die Meldepflichtigen bei späteren Beanstandungen sofort einwenden, die Meldung nicht selbst geschrieben zu haben. Der allenfallsige Einwand, daß die Meldepflichtigen meist zur Ausfertigung der Formblätter nicht imstande sind, ist bei den gegebenen Zeitverhältnissen nicht mehr stichhaltig.

Den Krankenkassen wird es zu überlassen sein, ihre Geschäftsführung entsprechend darauf einzurichten, daß die Formblätter einheitlich und übersichtlich gehalten sind und die Meldestellen eine weitergehende Tätigkeit nicht auszuüben haben; insbesondere ist die mancherorts eingeführte Ausstellung von Anweisungen zur ärztlichen Behandlung der Mitglieder zu verwerfen, soweit diese Anweisungen durch die Meldestellen erfolgen. Denn dies bedeutet für die gemeindlichen Meldestellen, noch mehr aber für die in Betracht kommenden Krankenkassen, eine große Gefahr, weil auf diese Weise auch Nichtmitglieder sich in den Genuß von Kassenleistungen versetzen können. Hierzu kommt, daß die Meldestellen in den wenigsten Fällen in der Lage sein werden, die Zugehörigkeit zu einer Orts- oder Landkrankenkasse ohne weiteres mit Sicherheit festzustellen. An Stelle dieser Anweisungen haben Bestätigungen der Arbeitgeber über das Bestehen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zu treten, deren Ausfertigung den Arbeitgebern zu überlassen ist; Versicherungsberechtigte und unständig Beschäftigte haben sich durch Mitgliedkarten auszuweisen.

Die Einsendung der Krankenmeldungen und Krankenscheine obliegt den Mitgliedern; sie erfolgt am besten durch den behandelnden Arzt oder gegebenenfalls durch die in Betracht kommende Krankenhausverwaltung. Die Umlegung der Kosten der Meldestellen nach Beitragseingängen empfiehlt sich nur dann, wenn die gemeinsame Meldestelle zugleich gemeinsame Zahlstelle ist; wo dies nicht der Fall ist, erscheint es billig, die Kosten nach der Zahl der bei den einzelnen Meldestellen eingehenden Meldungen zu berechnen (Hahn, Handbuch der Krankenversicherung).

In Anlehnung an die Vergütung der Standesämter für Fertigung der Zählkarten wären 3 ℳ für je 100 Meldungen angemessen; diese Vergütung wird jedoch zweckmäßigerweise auf 5 ℳ für je 100 Meldungen festgesetzt, um ein besseres Zusammenarbeiten der Beteiligten zu gewährleisten. Die Vergütung ist am Jahresschlusse auf Grund einer gemeindeamtlichen Bestätigung über die Zahl der bei den einzelnen Meldestellen im abgelaufenen Jahre eingegangenen Meldungen auszuzahlen. Sofern die Gemeinden nicht die auf Besorgung der Meldestellen erwachsenden, im einzelnen verhältnismäßig niederen Postgebühren nicht übernehmen, sind diese am Jahresschlusse auf Grund eines amtlich gefertigten Verzeichnisses zu erstatten.

b) Zahlstellen. — Die Errichtung von Zahlstellen durch die Versicherungsämter erfolgte weniger oft; sie haben sich in den meisten Fällen auch nicht bewährt.

Die Führung von Hebelisten (Arbeitgeberkonten), Beitragsberechnung und Einhebung der Beiträge, Feststellung des Anspruchs auf Kassenleistungen, Berechnung und Auszahlung der Barleistungen soll daher ausnahmslos durch die Krankenkassen selbst erfolgen. Die hierzu erforderlichen Geburts- und Sterbeurkunden sind durch die Standesämter kostenfrei auszustellen.

Die Beitragseinhebung erfolgt zweckmäßig vierteljährlich; soweit aber monatliche Einhebung bereits eingeführt ist, kann es auch weiterhin dabei verbleiben, wenn auch nicht verkannt werden will, daß hierdurch bedeutende Mehrauslagen und Schreibarbeiten erwachsen, welche einen allenfallsigen Zinsverlust bedeutend übersteigen. Unständig Beschäftigte und Versicherungsberechtigte haben ihre Beiträge monatlich auf das Postscheck- oder Bankkonto der zuständigen Krankenkasse behufs Vermeidung der gesetzlichen Folgen des Zahlungsverzuges einzuzahlen. Der Beitragseinhebung ist eine Einhebeliste zugrunde zu legen, welche von der Krankenkasse samt den dazu gehörigen Quittungen für jeden Beitragsschuldner zu fertigen ist. Zur Beitragseinhebung werden die

Digitized by Google

Krankenkassen, deren Bezirk sich auf mehrere Gemeinden erstreckt, der Unterstützung der Gemeinden bedürfen, sofern sie nicht eine genügende Anzahl von Kassenboten angestellt haben.

Da die wenigsten Beitragsschuldner sich bereitfinden lassen, die Beiträge an bestimmten Tagen an die Kasse oder bei der Gemeinde einzuzahlen, wird sich durchweg die Abholung der Beiträge notwendig machen. Soweit die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht, könnte hierfür eine Einhebegebühr von 10 ₰ von jedem Beitragsschuldner erhoben und damit die Kosten der Beitragseinhebung zum größten Teile wieder ausgeglichen werden. Die nicht eingelösten Quittungen gehen samt der Einhebeliste nach Abschluß der Beitragseinhebung an die zuständige Krankenkasse zurück. Die vereinnahmten Beiträge sind auf das Postscheck- oder Bankkonto der Krankenkasse unverzüglich einzuzahlen. Die Einleitung des Mahnverfahrens und gegebenenfalls des Vollstreckungsverfahrens ist wiederum Sache der Krankenkassen.

Es liegt auf der Hand, daß die Vergütung für die Beitragseinhebung nicht in der gleich bescheidenen Höhe bemessen werden kann, wie sie bisher von der Kgl. Versicherungskammer für Einhebung der Brandversicherungsbeiträge gewährt wurde. Andererseits muß aber eine außerordentliche Belastung der Krankenkassen ebenfalls vermieden werden. Als gerechter Ausgleich dürfte es zu erachten sein, für die Beitragseinhebung eine feste Vergütung von 3 bis 5 ℳ für den Tag zu gewähren und hierbei von vornherein eine bestimmte Anzahl von Tagen für jede Beitragseinhebung durch Vereinbarung festzusetzen. Sache der Versicherungsämter wird es sein, die Krankenkassen auf ihren Antrag bei der Beitragseinhebung zu unterstützen und der Vereinbarung über die Kosten oder deren Festsetzung vorstehenden Maßstab zugrunde zu legen. Die mancherorts eingeführte prozentuale Vergütung der Gemeinden für die Beitragseinhebung ist für beide Teile nicht zweckmäßig; denn es wird nicht selten vorkommen, daß in Gemeinden höhere Beitragssummen von einer geringen Anzahl von Arbeitgebern einzuheben sind, während in anderen Gemeinden wiederum geringere Beitragssummen sich ergeben, obwohl mehr Arbeitgeber aber mit geringerer Zahl von versicherungspflichtig Beschäftigten dort wohnhaft sind. Die Arbeit des mit der Beitragseinhebung meist betrauten Gemeindedieners dürfte in letzterem Falle größer sein, während die Vergütung ungleich geringer ausfallen würde. Eine unterschiedliche Vergütung aber ist weder billig noch gerechtfertigt.

Zum Schlusse sei noch auf § 115 RVO. verwiesen, wonach die öffentlichen Behörden verpflichtet sind, den im Vollzuge dieses Gesetzes an sie ergehenden Ersuchen der Versicherungsträger zu entsprechen. Über den Umfang der hiernach den Versicherungsträgern zu leistenden Rechtshilfe ist zur Zeit nichts Näheres bestimmt; durch Verordnung vom 10. Juli 1915 (H.-M.-Bl. 1915 S. 162) wurde angeordnet, den Versicherungsträgern bis zur endgültigen Regelung der Angelegenheit Rechtshilfe in der bisherigen Weise und in dem bisherigen Umfange unentgeltlich zu leisten. Hierunter fällt auch die Verpflichtung der Gemeindeverwaltungen, auf Verlangen der Krankenkassen dabei mitzuwirken, das Verzeichnis der unständigen Mitglieder auf seine Vollständigkeit zu prüfen und laufend zu erhalten.

Ein möglichst entgegenkommendes Zusammenarbeiten der Gemeinden mit den Krankenkassen erscheint im beiderseitigen Interesse, nicht zuletzt aber zum Wohle der in Betracht kommenden Arbeitgeber und Arbeitnehmer empfehlenswert.

J. Eibl, Kassenverwalter in Passau.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Angestelltenversicherung während des Krieges.

(Neue Fassung.) Vgl. ArbVers. 1916 S. 211, auch S. 509.

1. Die Beiträge zur Angestelltenversicherung sind im Kriege wie im Frieden von dem Arbeitgeber zu entrichten, der die dem Angestellten obliegende Beitragshälfte lediglich im Wege des Gehaltsabzuges einziehen darf. Sind Angestellte auf Grund einer privaten Lebensversicherung gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der eigenen Beitragsleistung befreit — was auf der Versicherungskarte vermerkt sein muß —, so hat nur der Arbeitgeber die ihm obliegende Beitragshälfte zu entrichten.

2. An der Verpflichtung des Arbeitgebers, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die in der Person der Angestellten oder in den Gehaltsklassen eingetretenen Veränderungen mittels der bei den Ausgabestellen der Angestelltenversicherung erhältlichen Vordrucke anzuzeigen, wird durch den Krieg nichts geändert.

3. Werden Angestellte zwar den vollen Monat hindurch beschäftigt, jedoch unter Kürzung der bisherigen Arbeitszeit um Tage oder Stunden, so sind die Beiträge der entsprechenden Gehaltsklasse und nicht etwa $^{x}/_{100}$ des gezahlten Entgelts zu entrichten.

4. Wird einem Angestellten nur ein Teil seines bisherigen Gehalts gewährt, so sind die Beiträge der entsprechend niedrigeren Gehaltsklasse zu entrichten. Hat zum Beispiel ein Angestellter bis zum 31. Juli eines Jahres 300 ℳ und seitdem 200 ℳ monatlich bezogen, so sind bis zum 31. Juli entsprechend einem Jahresarbeitsverdienst von 3600 ℳ die Beiträge der Klasse H und seitdem entsprechend einem Jahresarbeitsverdienst von 2400 ℳ die Beiträge der Klasse F zu entrichten.

Durch Gehaltsherabsetzung kann ein Angestellter, der früher versicherungsfrei war, weil sein Jahresarbeitsverdienst über 5000 ℳ betrug, versicherungspflichtig werden. Hat zum Beispiel ein Angestellter bis zum 31. Juli eines Jahres 500 ℳ und seitdem 400 ℳ monatlich bezogen, so ist er bis zum 31. Juli versicherungsfrei, und seitdem sind für ihn entsprechend einem Jahresarbeitsverdienst von 4800 ℳ die Beiträge der Klasse J zu entrichten.

5. Bei Teuerungszulagen ist zu prüfen, ob sie lediglich als Ausfluß der Freigebigkeit oder des Wohlwollens des Arbeitsgebers anzusehen sind. Dies hat das Oberschiedsgericht durch Beschluß vom 17. November 1916 — P. 78/16, Aktenzeichen des Rentenausschusses B. 2818/15 — bezüglich der einem städtischen Beamten gewährten Kriegsteuerungszulage verneint und hierzu ausgeführt: „Zunächst ist ohne Belang, daß die Teuerungszulage nur auf unbestimmte Dauer und auf jederzeitigen Widerruf bewilligt ist. Es kommt lediglich auf die Tatsache der Zuwendung an, ein klagbarer Anspruch auf die Zuwendung

Digitized by Google

braucht nicht zu bestehen. . . . Weiter ist hier die Zuwendung aus Anlaß der Tätigkeit im Betriebe des Arbeitgebers und für diese Tätigkeit geschehen. Der Arbeitgeber hat ein Interesse daran, daß ihm die Arbeitskraft seines Angestellten in voller Höhe erhalten bleibt. Um dies Ziel zu erreichen, muß er in einer Zeit außergewöhnlicher, durch den Krieg verursachter Teuerung Zulagen gewähren. Überdies entspricht die Gewährung solcher Zulagen an gering belohnte Arbeiter und Angestellte gegenwärtig einer allgemeinen Gepflogenheit. Daher läßt sich nicht annehmen, daß die Zuwendung notwendiger Teuerungszulagen auf reiner Freigebigkeit und Wohltätigkeit beruhe."

Demgemäß sind für Angestellte, die unter Hinzurechnung solcher Teuerungszulagen zu ihrem sonstigen Entgelt in eine höhere Gehaltsklasse kommen, die erhöhten Beiträge zu entrichten. Andererseits sind Angestellte, deren Jahresarbeitsverdienst durch diese Hinzurechnung auf mehr als 5000 ℳ steigt, versicherungsfrei. Werden die Zulagen mit rückwirkender Kraft gewährt, so sind die dadurch etwa erhöhten Beiträge auch für die Vergangenheit nachzuzahlen. Wird aber der Entgelt durch die Zulage mit rückwirkender Kraft auf über 5000 ℳ erhöht, so besteht die Versicherungsfreiheit erst für die Zukunft.

6. Nach der Verordnung des Bundesrats vom 30. September 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 1097) sind Personen, die vor dem gegenwärtigen Kriege eine an sich nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, hinsichtlich einer nur für die Dauer des Kriegszustandes angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte. Die Angestellten können jedoch binnen einem Monat nach dem Beginne des Beschäftigungsverhältnisses ihren Willen, versichert zu werden, gegenüber dem Direktorium oder einem anderen Organe der Reichsversicherungsanstalt erklären. Ersatzkassenmitglieder haben die Willenserklärung innerhalb der Frist bei der Ersatzkasse abzugeben.

7. Wird einem zum Heeresdienst eingezogenen Angestellten das Gehalt ganz oder teilweise weitergezahlt, oder wird seinen Angehörigen eine Unterstützung gewährt, so sind von diesen Bezügen keine Beiträge zu entrichten, auch wenn dem Angestellten nicht gekündigt worden ist.

8. Nach § 1 der Verordnung des Bundesrats vom 26. August 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 531) werden die Zeiten, in denen Versicherte im gegenwärtigen Kriege dem Deutschen Reiche oder der österreichisch-ungarischen Monarchie Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben, soweit sie in vollen Kalendermonaten bestehen, auf die Wartezeiten und bei Berechnung der Versicherungsleistungen an Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte als Beitragszeiten angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Die Beiträge, die für die im § 1 bezeichneten Zeiten entrichtet worden sind, werden dem Arbeitgeber auf seinen Antrag ohne Zinsen zurückgezahlt; der Arbeitgeber hat dem Angestellten den von ihm eingezogenen Beitragsteil zu erstatten.

Zur Erläuterung der Bundesratsverordnung hat die Reichsversicherungsanstalt ein Merkblatt (R. f. A. II Nr. 57) herausgegeben, auf welches Bezug genommen wird.

9. Kriegspensionäre, Kriegsrentenempfänger sowie die Witwen von Kriegsteilnehmern, die eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, sind vermöge ihrer Pension oder Rente nicht ohne weiteres versicherungsfrei. Sie können zwar unter Umständen auf ihren Antrag gemäß § 11 des Gesetzes durch den Rentenausschuß von der Versicherungspflicht befreit werden. Solange aber ein solcher Befreiungsbeschluß nicht vorliegt, sind auch für Pensions- und Rentenempfänger die gesetzlichen Beiträge zu entrichten.

Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht ist nur an den Rentenausschuß und nicht an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte oder an eine andere Behörde zu richten. Ohne einen solchen besonderen Antrag erfolgt keine Befreiung.

10. Eine Versicherungspflicht besteht für einen Kriegsbeschädigten wie auch für jeden anderen Angestellten dann nicht, wenn er berufsunfähig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist. Berufsunfähigkeit in diesem Sinne liegt dann vor, wenn die Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Dabei ist jedoch zu beachten, daß die Entscheidungen der Militärbehörden über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenempfängers für die Beurteilung der Versicherungspflicht nicht ohne weiteres entscheidend sind. Vielmehr empfiehlt sich in Zweifelsfällen eine Anfrage bei dem Rentenausschuß.

Gebote der Gesundheit.

Aus dem literarischen Nachlaß des vor kurzem verstorbenen großen Heidelberger Chirurgen Vinzenz Czerny veröffentlicht die „Volksgesundheit" das folgende hygienische Testament:

1. Das Leben ist der Güter Höchstes nicht. Höher stehen der Menschheit Ideale: der Glaube an eine besondere Zukunft, die Hoffnung, daß die Menschen sich nicht mehr wegen Meinungsverschiedenheiten befehden und totschlagen werden. Die Erfüllung der wahren christlichen Liebe, die den Himmel auf Erden bedeuten würde.

2. Das Leben ist aber doch der einzige wirkliche Besitz des Menschen. Geld und Gut sind vergänglich. Wirken kann der Mensch nur, solange er lebt.

3. Du hast deshalb die Pflicht, Leib und Seele zu erhalten und alles zu vermeiden, was dieses kostbarste Gut gefährdet oder verkürzt. Nicht jedem ist ein heiteres Gemüt, Wohlwollen gegen andere und richtige Einschätzung der täglichen auf uns anstürmenden kleinen Quälereien des Lebens gegeben. Wer sich diese Eigenschaften durch Übung erwirbt, wird erst seines Lebens richtig froh werden.

4. Acht Stunden Berufsarbeit, acht Stunden Erholung und Ausbildung, acht Stunden Ruhe und Schlaf dürften am besten sein. Für den Schlaf sind zwei Stunden vor und zwei Stunden nach Mitternacht die erquickendste Zeit. Die Erholungszeit umfaßt zwei Stunden für die drei Mahlzeiten, zwei Stunden für Kunst und Lektüre, zwei Stunden für die Familie, deine Freunde und die Öffentlichkeit, zwei Stunden für einen vernünftigen Sport (Spaziergang auf die Berge, Reiten, Fahren, Rudern, Schwimmen, Turnen, Spiel in freier Luft).

5. Die Kost muß leicht verdaulich, kräftig, den Verhältnissen angepaßt sein. Mehr als ein Liter an Speisen und Getränken sollte bei jeder der drei Mahlzeiten nicht eingenommen werden. Was darüber ist, belästigt den Magen. Daraus ergibt sich die Pflicht der Mäßigkeit im Essen und Trinken. Ausschließliche Pflanzenkost hat in den Mengen, welche der Magen

Digitized by Google

und Darm gut verarbeiten können, nicht genug Kraft (Kalorien). Es muß deshalb der vegetabilischen Nahrung genügend Eiweiß und Fett in leichtverdaulicher Form zugeführt werden (Fleisch, Fisch, Eier, Butter, Milch, Käse).

6. Du sollst nicht Sklave der Genußmittel werden. Alkohol (Bier, Wein, Schnaps, Likör), Kaffee, Tee, Tabak haben keinen Nährwert, sind aber durch Übung von vielen Generationen zur unentbehrlichen Gewohnheit des Kulturmenschen geworden und schwer durch etwas Besseres zu ersetzen. Sie sind alle Gifte, die durch Gewöhnung an Gefahr verloren haben, aber bei unmäßigem Gebrauch disponierten Menschen das Leben verkürzen. Tabak und Alkohol zerrütten das Nervensystem und machen leicht Gefäßverkalkung. Kaffee und Tee stören den Schlaf und sollten nach 4 Uhr nicht mehr genossen werden. Mindestens einmal im Leben sollte der Mensch diese Genußmittel für eine Zeitlang ganz weglassen.

7. Schon die Kinder müssen zur Reinlichkeit erzogen werden. Mindestens eine Schwammabwaschung des ganzen Körpers mit kaltem Wasser, zweimal tägliche Reinigung der Zähne, des Mundes, Gesichts und der Hände. Ein Vollbad einmal wöchentlich. Regelmäßigen Wechsel der Leib- und Bettwäsche. Benütze kein fremdes Geschirr oder Wanne, wenn du nicht sicher bist, daß sie gut gereinigt sind. Die Wohnung muß geräumig, trocken, sonnig sein, und namentlich die Schlafräume müssen groß und gut gelüftet sein.

8. Setze nicht mehr Kinder in die Welt, als du gut erziehen und ernähren kannst.

9. Bei Krankheit versäume nicht, möglichst bald den Rat eines tüchtigen Arztes einzuholen und seinen Ratschlägen zu folgen. — —

Mit Recht bemerkt der „Arbeiterschutz" hierzu: „Wir werden uns diese Gebote nach Beendigung des Krieges merken. Jetzt sind acht Zehntel der Menschen außerstande, sich danach zu richten."

Literarisches.

Handbuch zum Militärhinterbliebenengesetz von Th. v. Olshausen. Berlin 1917, Verlag von Franz Vahlen. Gebunden 4 ℳ 50 ₰.

Das Werk ist aus dem Jahrgang 1915 S. 766 angezeigten „Militärhinterbliebenengesetz" des Verfassers hervorgegangen, jedoch diesem gegenüber über das Doppelte erweitert. Die infolge der langen Dauer des Krieges für alle Bevölkerungskreise ständig an Bedeutung gewinnenden gesetzlichen Vorschriften sind, unter Berücksichtigung aller Erfordernisse der Praxis, erschöpfend erläutert. Ferner aber sind, was dem Werk besonderen Wert verleiht, die im Verlauf des Krieges erlassenen Bestimmungen erörtert, mit denen die Militärverwaltung vorbehaltlich der späteren gesetzlichen Regelung, im Interesse der Hinterbliebenen eine Fortbildung des Rechtszustandes entsprechend den sozialen und wirtschaftlichen Erfordernissen der Zeit angebahnt hat, um Härten, welche sich bei Anwendung des Gesetzes ergeben, auszugleichen. Vielfach wird insoweit das Sozialrecht folgen müssen. — Das Werk, dessen Verfasser mit Rücksicht auf seine nun schon mehrjährige Stellung als Referent in der Versorgungsabteilung des Preußischen Kriegsministeriums zu allen irgendwie entstandenen Zweifelsfragen fast authentisch Stellung zu nehmen in der Lage war, ist zweifellos von hervorragender Bedeutung für alle mit Angelegenheiten der Kriegshinterbliebenenfürsorge befaßten Kreise. Auf Einzelheiten des Inhalts ist an dieser Stelle nicht einzugehen (zu bemerken ist lediglich, daß wohl eine noch eingehendere Darstellung der wichtigen Bestimmungen betr. die Gewährung von Zuwendungen, der sog. Zusatzrenten, auf Grund des Arbeitseinkommens der Gefallenen erwünscht wäre, auch kann zu S. 105 das Mißverständnis entstehen, als ob der Verfasser den Stiefvater gegenüber den Stiefkindern für unterhaltspflichtig hält); hervorzuheben ist jedenfalls die Klarheit der Darstellung und die Vermeidung entbehrlicher juristischer Fachausdrücke. Wenn man bei der Anwendung des Gesetzes ständig wahrnehmen muß, daß oft selbst über einfachere, die Hinterbliebenen der Gefallenen angehende Fragen erhebliche Unsicherheit besteht, so kann man nur wünschen, daß das Werk möglichste Verbreitung bei Rechtsauskunfts- und Fürsorgestellen, Anwälten, Krankenkassen usw. findet.

Für die Leser dieser Zeitschrift ist namentlich folgendes besonders zu erwähnen: Die eingehenden Darlegungen über die Voraussetzungen zur Gewährung des Kriegselterngeldes (§ 22 des Gesetzes) sind auch für die Aszendentenrenten der RVO. von unmittelbarer Bedeutung, da die hinsichtlich dieser Renten vorliegende Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts keine allzu umfangreiche ist. Weiter ist auf die Ausführungen betr. die Ansprüche der Hinterbliebenen aus der Sozialversicherung und auf die ihnen hinsichtlich der Kündigung von Mietsverträgen zustehenden Rechte hinzuweisen (S. 112 ff.), ferner auf die Darlegungen über das Zusammentreffen von Versorgungsgebührnissen und Familienunterstützungen (S. 96, 102, 142), auf diejenigen betr. die Pfändbarkeit der Hinterbliebenenbezüge (S. 97) und deren Besteuerung (S. 99). Schließlich sei noch die Darstellung der für uneheliche Kinder gefallener Kriegsteilnehmer geltenden Bestimmungen erwähnt (S. 102 ff.), Vorschriften übrigens, die nach Wortlaut und Geist eine erheblich weitergehendere Berücksichtigung dieser Kinder ermöglichen als die entsprechenden Bestimmungen der RVO.

Dr. P. K.

Was dankt das kämpfende Deutschland seiner sozialen Fürsorge? Von Dr. Dr. Paul Kaufmann, Präsident des Reichsversicherungsamts. Berlin 1917, Verlag von Franz Vahlen. 21 S. Preis 50 ₰.

Die Schrift ist der Abdruck einer Rede, die der Verfasser auf Einladung des Generalgouverneurs von Beseler im April 1917 in Warschau gehalten hat und die seinen in den ersten Kriegsmonaten veröffentlichten, in 21 Auflagen verbreiteten Vortrag über „Soziale Fürsorge und deutscher Siegeswille" ergänzt. In großen Zügen wird ein Bild gezeichnet von der Entstehungsgeschichte der vorbildlichen deutschen sozialen Gesetzgebung, von ihren ganz auf friedliche Entwicklung gerichteten Zwecken nicht nur der

Digitized by Google

Heilung von Schäden, sondern vornehmlich auch der Schadenverhütung, von der Verfolgung und Verwirklichung dieser Zwecke durch die Versicherungsträger im Frieden und von der gerade dadurch geschaffenen, sich nun schon seit fast drei Jahren bewährenden gewaltigen Rüstung für den dem deutschen Volke aufgezwungenen Krieg. Wie alle Schriften des Verfassers, der unablässig bemüht ist, das Verständnis für die weit über rein materielle Zwecke hinausreichenden Grundgedanken der sozialen Fürsorgegesetzgebung zu fördern, zeichnet sich auch die neue Schrift durch edle Form aus, durch klare, eindringliche, oft gehobene Sprache, der die erstrebte Wirkung nicht fehlen kann, wenn die Schrift — wie zu wünschen und zu hoffen ist — weiteste Verbreitung findet. Sie wird den Siegeswillen und die Siegeszuversicht kräftigen und das Vertrauen wachhalten auf die Früchte des Krieges, die uns in den Schlußworten verheißen werden: „unbegrenzte Möglichkeiten inneren Ausgleichs" — „Achtung vor jeder ehrlichen Gesinnung" — „freudige Mitarbeit aller Schichten des Volkes, um der gewaltigen Aufgaben Herr zu werden, die nach dem Kriege unser warten".

Die Kriegsverordnungen zur Angestelltenversicherung. Von Landesrat Dr. Paul Brunn. Berlin 1917, Carl Heymanns Verlag. 44 S. Preis 60 ₰.

In der Form der bewährten Heymannschen Taschengesetzausgaben bringt das kleine Heft die acht in Betracht kommenden Bekanntmachungen, darunter im Auszuge auch die über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten, sämtlich mit Anmerkungen unter umsichtiger Verwertung der Literatur und Rechtsprechung. Das Heft ist zunächst als Nachtrag zur 4. Auflage der im gleichen Verlage erschienenen Textausgabe des Angestelltenversicherungsgesetzes mit Anmerkungen des Verfassers gedacht; es bietet aber auch den Besitzern einer beliebigen anderen Ausgabe des Gesetzes eine wertvolle, überdies sehr wohlfeile Ergänzung.

Katechismus der deutschen Arbeiterbewegung Österreichs. Zusammengestellt von Hans Krebs, Sekretär der Zentralkommission deutscher Arbeitnehmerverbände. Leipzig bei G. Hedeler. 27 S. Preis 1 ℳ.

In Frage und Antwort unterrichtet dieser Katechismus zunächst allgemein über das Wesen, die Formen, Ziele, Aufgaben und Kampfmittel der Gewerkschaften überhaupt, über ihren Auf- und Ausbau, das Unterstützungswesen, die Vertretung nach innen und außen; dann wird entsprechend von den einzelnen Arten, den nationalen, den sozialdemokratischen und den christlich-sozialen Gewerkschaften gesprochen, während ein kurzer Anhang den „gelben" gewidmet ist. Die Katechisform hat im allgemeinen das Bedenken gegen sich, daß sie dem Leser leicht in der Antwort ein Urteil aufdrängt und ihn des eigenen Denkens überhebt. Hiervon hält sich das Büchlein möglichst frei, da es in freilich knapper Form immerhin Darlegungen gibt, auch gelegentlich zum weiteren Unterricht auf ernsthafte Literatur verweist. Dabei ist selbstverständlich der eigene — nationale — Standpunkt in helleres Licht gerückt als der der sozialdemokratischen und christlichen Gewerkschaften. Es ist also ein Büchlein hauptsächlich für Vertrauensmänner und Anhänger der Partei, doch kann es auch Gegnern und Neutralen nützlich sein.

Sozialversicherung und vaterländischer Hilfsdienst. Von Geh. Regierungsrat Dr. W. Rabeling und Regierungsrat A. Müller. Berlin 1917, Carl Heymanns Verlag. 159 S. Preis 5 ℳ.

Das Buch will den deutschen Versicherungsträgern und den an der Durchführung der Versicherung beteiligten Behörden die schwierigen neuen Aufgaben erleichtern, die ihnen aus der Verordnung vom 24. Februar 1917 über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten erwachsen. Wir haben die Verordnung selbst im Heft 8 S. 177 ff. und die amtliche Begründung hierzu in den Heften 13 und 14 S. 304 ff., 329 ff. vollständig mitgeteilt. Wer sich einigermaßen mit diesem reichen Rechtsstoffe vertraut macht, ermißt leicht, welche Schwierigkeiten und wie zahlreiche Zweifel sich bei seiner Einpassung in den Rahmen unserer verzweigten und vielgestaltigen Reichsversicherung ergeben müssen. Da sind die Verfasser des vorliegenden Buches willkommene und bewährte Helfer. Es bringt, nach einer die Grundzüge der Verordnung darstellenden Einleitung, zunächst den Wortlaut, dann in der Form eines Kommentars ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Vorschriften der Verordnung, schließlich im Anhang das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 und die Bekanntmachung vom 4. April 1917 über die Ausdehnung des Gesetzes auf Angehörige der österreichisch-ungarischen Monarchie. Die Erläuterungen zeichnen sich durch übersichtliche Anordnung, durch Klarheit der Sprache, durch umsichtige Verwertung des amtlichen Materials und durch eigene, eindringende Prüfung der Bedeutung und Tragweite der einzelnen Vorschriften aus. Das Buch darf des Erfolges, auf den es abzielt, sicher sein.

Die deutschen Gewerkschaften im Weltkrieg. Von Paul Umbreit. Berlin 1917, Verlag für Sozialwissenschaft G. m. b. H. 122 S. Kart. 1,50 ℳ, geb. 2 ℳ.

In schlichter Form, in sachlicher und ruhiger Darstellung gibt das Buch — der erste Band einer „Sozialwissenschaftlichen Bibliothek", herausgegeben von Parvus und Cunow — einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der deutschen Gewerkschaften, ihre Anteilnahme an den Wirkungen des Krieges, an der Kriegsfürsorge und der Kriegswirtschaft in den verschiedensten Richtungen, über die Sozialpolitik im Kriege, das Hilfsdienstgesetz, die Arbeitsgemeinschaft, die Arbeitsgemeinschaft der Gewerkschaften und Angestelltenverbände, die Spaltung der den Gewerkschaften nahestehenden sozialdemokratischen Partei, endlich über die voraussichtlichen Aufgaben und Ziele der Gewerkschaften nach dem Kriege. Daß den Gewerkschaften in den Kämpfen der Arbeiterschaft um wirtschaftliche und politische Ziele nach dem Kriege eine bedeutsame Rolle zufallen wird, kann nicht zweifelhaft sein. Ihre Bewährung im Kriege beweist ihren Beruf zu wichtiger Mitarbeit an den Staatsangelegenheiten auch nach dem Kriege. Wie sie selbst sich dazu stellen, drückt das Buch aus, indem es unter Bezugnahme auf das Wort des Kanzlers, daß die Sozialpolitik einer Zukunft Deutschlands zustrebe, in der alle seine Söhne ihr Glück finden, bemerkt: dann werde diese Politik keinen eifrigeren und verständnisvolleren Mitkämpfer wünschen können als die deutschen Gewerkschaften.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Sinken der Mitgliederzahl als Grund für Schließung einer Betriebskrankenkasse.

1. Nach L. N. Frage: Die Betriebskrankenkasse eines Gutes von früher 1000 Morgen ist infolge fortgesetzter Landverkäufe in ihrem Mitgliederbestande wesentlich zurückgegangen. Es werden nur noch etwa 400 Morgen Land bewirtschaftet und weniger als 30 Personen beschäftigt. Der Antrag der Landkrankenkasse um Schließung der Betriebskrankenkasse ist vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen. Nach § 274 RVO. wird eine landwirtschaftliche Betriebskrankenkasse geschlossen, wenn ihr Mitgliederstand „nicht nur vorübergehend" unter die Mindestzahl von 50 sinkt. Das Oberversicherungsamt ist der Meinung, daß die Mindestzahl nach dem Durchschnitt der letzten 3 Jahre berechnet wird und beruft sich dabei auf § 241 a. a. O., während die Landkrankenkasse den Standpunkt vertritt, daß eine derartige Berechnung wohl bei der Zulassung einer Betriebskrankenkasse, nicht aber bei Schließung einer solchen Anwendung findet. Wenn die Auffassung des Oberversicherungsamtes richtig wäre, würde die Schließung einer zurückgehenden Betriebskrankenkasse immer erst nach Jahren möglich sein, wenn von dem Vermögen kein Pfennig mehr da ist. Wie ist Ihre Ansicht?

Antwort: Ihre Auffassung ist die richtige. Die Fassung der die Schließung einer Betriebskrankenkasse betreffenden Vorschrift des § 274 Ziff. 1 („nicht nur vorübergehend") entspricht der Vorschrift über die Errichtung einer solchen Kasse in § 245, wonach „für die Dauer" mindestens 50 Versicherungspflichtige bei einer landwirtschaftlichen Betriebskrankenkasse vorhanden sein müssen. Es ist damit das Erfordernis einer größeren Stetigkeit der Mindestzahl schärfer betont (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2c zu § 245). Diesen Zweck und den Zusammenhang des § 274 Ziff. 1 mit § 245 Abs. 1 hat das Oberversicherungsamt unbeachtet gelassen und statt dessen die in keiner Weise passende, auf die Zulassung einer besonderen Ortskrankenkasse bezügliche Vorschrift des § 241 herangezogen. Wohl kann auch bei Feststellung der Voraussetzung des § 274 Ziff. 1 unter Umständen der Ausweg einer Durchschnittsberechnung auf Grund der vergangenen Jahre sachgemäß sein, wenn das Sinken der Mitgliederzahl in wechselnden Verhältnissen seinen Grund hat. Wenn aber der Grund des Sinkens ein so handgreiflich dauernder ist, wie im vorliegenden Falle, wo die zu bewirtschaftende Fläche um $^3/_5$ vermindert worden ist, da ist für eine Durchschnittsberechnung kein Raum, **weil ohne weiteres** angenommen werden muß, daß der Mitgliederstand „nicht nur vorübergehend" auf die jetzt noch vorhandene Zahl von etwa 30, jedenfalls aber auf weniger als 50 Versicherungspflichtige gesunken ist. Auch was Sie von der möglichen vermögensrechtlichen Folge einer anderen Beurteilung sagen, ist durchaus richtig.

Zu §§ 420, 425 RVO.

2. Nach Blumenthal (Hann.) Antwort: a) Es handelt sich nicht um eine Rechtsfrage, sondern um eine Tatfrage, die zunächst durch Ermittlungen geklärt werden muß, da die Behauptungen des Arbeitgebers und der Versicherten einander widersprechen. War das Arbeitsverhältnis, wie der Arbeitgeber behauptet, schon bei der Verheiratung der Versicherten am 25. Dezember 1916 durch Kündigung von ihrer Seite gelöst, so hatte sie wegen der am 17. April 1917 erfolgten Niederkunft keinerlei Ansprüche, weder an den Arbeitgeber noch an die Kasse. War aber die Versicherte, wie sie behauptet, bis zur Niederkunft noch bei dem Arbeitgeber beschäftigt und folglich auch Mitglied der Kasse, so sind die §§ 420, 425 RVO. zur Geltung zu bringen, und zwar würde, da die Niederkunft vor Ablauf der Vertragsdauer stattfand, nicht etwa gemäß § 420 Abs. 2 der Anspruch auf Wochengeld gegen die Kasse wirksam geworden sein, sondern die Versicherte hätte nur noch weiterhin gegen den Arbeitgeber Anspruch auf die vertragsmäßigen Leistungen nach § 420 Abs. 1 und nur, wenn der Arbeitgeber diese Leistungen nicht gewährt, hätte die Kasse nach §§ 422, 425 das Wochengeld zu zahlen, das ihr dann vom Arbeitgeber zu erstatten wäre. Die Kasse wird also zunächst Erhebungen anstellen müssen.

b) Für den Ermäßigungsantrag nach § 420 gilt nicht, wie für den Befreiungsantrag nach § 418, daß er für sämtliche Beschäftigte gestellt werden müßte.

Gleichmäßige Anwendung der Krankengeldkürzung für alle Doppelversicherten.

3. Nach Bremen. Antwort: Im Falle der Doppelversicherung ist nach § 189 RVO. das Krankengeld so weit zu kürzen, daß das gesamte Krankengeld aus beiden Versicherungen den Durchschnittsbetrag des täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt. Wenn dieser Arbeitsverdienst für Mitglieder, die Unfall-, Invaliden- oder Altersrenten oder Pensionen beziehen, niedriger bemessen wird, so geschieht dies offenbar, weil diese Personen minder leistungsfähig sind als andere Mitglieder; sie „verdienen" eben weniger. Jedenfalls kann der Beweggrund für die niedrigere Lohnbemessung es nicht rechtfertigen, jene Renten oder Pensionen bei Ermittlung des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes mit in Betracht zu ziehen, um die Grenze, bei der die Kürzung des Krankengeldes nach § 189 einsetzen muß, höher heraufzurücken. Auch durch die Satzung könnte derartiges nicht bestimmt werden; sie kann nach Abs. 2 die Kürzung ganz oder teilweise ausschließen, aber sie muß dann die Grundsätze dafür allgemeingültig und gleichmäßig aufstellen (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4 zu § 189) und darf nicht eine bestimmte Klasse von Mitgliedern — hier die Renten- oder Pensionsbezieher — vor anderen begünstigen.

Digitized by Google

Ersatzanspruch einer Krankenkasse und eines Knappschaftsvereins aus dem Unfallsterbegelde.

4. Nach Gl. Frage: Unser Kassenmitglied W ist infolge eines Betriebsunfalls gestorben. Die Witwe erhielt am 27. 9. 16 von uns 100 ℳ Sterbegeld gezahlt. Dieses Sterbegeld hat uns die Berufsgenossenschaft am 11. 11. 16 erstattet. Im März 1917 teilt uns der Knappschaftsverein mit, daß W. Invalide des Knappschaftsvereins war und daß dieser 60 ℳ Begräbnisbeihilfe zahlte. Der Knappschaftsverein erhebt nun Anspruch auf Ersatz dieser Beihilfe aus dem von der Berufsgenossenschaft an uns erstatteten Sterbegelde, indem auf die Begründung der RVO. S. 451 unten und auch auf § 812 BGB. (ungerechtfertigte Bereicherung) Bezug genommen wird. Ist das begründet?

Antwort: Daß das Sterbegeld der Krankenkasse aus dem Unfallsterbegeld zu ersetzen ist (§ 1502 RVO.), gilt entsprechend auch für Knappschaftsvereine (§ 1528). Haben hiernach zwei Kassen Sterbegeld gewährt, so wird allerdings eine verhältnismäßige Teilung des Unfallsterbegeldes zwischen ihnen stattfinden müssen, wie dies hinsichtlich der Teilung von Rentenbeträgen in der Begr. der RVO. a. a. O. ausgeführt ist (zu vgl. auch RVA. in ArbVers. 1916 S. 40, 41). Gleichwohl halten wir den Anspruch des Knappschaftsvereins gegen die Krankenkasse für unbegründet. Der Anspruch mußte fristgemäß bei der Berufsgenossenschaft erhoben werden (§§ 1508, 1528, 1529). Hat der Verein dies getan, so kann er sich noch jetzt an die Berufsgenossenschaft halten. Hat er die Frist versäumt, so ist er mit seinem Anspruch ausgeschlossen.

Krankenversicherungspflicht von Schulkindern bei landwirtschaftlichen Arbeiten.

5. Nach Meldorf. Frage: Im Bezirk unserer Kasse wird jetzt eine große Anzahl von Schulkindern in landwirtschaftlichen Betrieben gegen einen Tagelohn von 2,50 ℳ bis 4 ℳ beschäftigt. Die Arbeitsdauer bei jedem einzelnen Arbeitgeber ist unbestimmt, vielfach handelt es sich um eine solche von 2 bis 6 Tagen. Ist die Arbeit beendet, dann melden sich diese Schulkinder beim Kreisarbeitsnachweis, um weitere Arbeit zu erhalten. Dieses Verfahren wird voraussichtlich den ganzen Sommer über fortgesetzt werden. Von dem Schulbesuch sind diese Kinder, sobald sie Arbeit haben, befreit. Wir bitten um Beantwortung folgender Fragen: 1. Handelt es sich hier um Dienstleistungen, die unter Ziff. II der Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 17. November 1913 fallen? 2. Sind, falls dies nicht zutrifft, die Schulkinder als unständig Beschäftigte zu behandeln, sobald sie auf einer Stelle weniger als eine Woche arbeiten, was ja in den weitaus meisten Fällen zutreffen dürfte?

Antwort: Die Kinder verrichten richtige Lohnarbeit und würden nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. versicherungspflichtig sein, wenn nicht die unter 1. der Frage erwähnte Vorschrift der Ziff. II der Bek. v. 17. 11. 13 (ArbVers. 1913 S. 848) zuträfe. Satz 1 dieser Vorschrift lautet: „Dienstleistungen schulpflichtiger Kinder in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben bleiben in allen Fällen versicherungsfrei, wenn sie im Laufe eines Kalenderjahres auf bestimmte Jahreszeiten und höchstens acht Wochen oder zusammen auf höchstens vierzig Tage nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegen oder im voraus duerch den Arbeitsvertrag beschränkt sind." Die Bezugnahme auf „den" Arbeitsvertrag läßt erkennen, daß das Gesetz hier (wie in § 441 RVO.) immer nur das einzelne Arbeitsverhältnis in Betracht zieht, daß es also nur darauf ankommt, ob die Dienstleistung bei dem einzelnen Arbeitgeber in der bezeichneten Weise zeitlich beschränkt ist. Nach den Angaben der Anfrage darf angenommen werden, daß dies im vorliegenden Falle nach der Natur der einzelnen Beschäftigungsverhältnisse, die vielfach nur 2 bis 6 Tage dauern, jedenfalls aber beständig wechseln, zutrifft. Die Kinder sind also schlechthin versicherungsfrei und können auch nicht als unständig Beschäftigte auf Grund der besonderen Vorschriften in §§ 441 ff. RVO. in die Versicherung einbezogen werden. Denn auch unständig Beschäftigte unterliegen den Vorschriften in §§ 441 ff. nur dann, wenn sie nicht nach § 168 RVO., also nach den auf Grund des § 168 erlassenen Bestimmungen des Bundesrats versicherungsfrei sind (vgl. § 442 Abs. 1). Überdies sind als unständig Beschäftigte im Sinne der §§ 441 ff. nur solche Personen anzusehen, „deren Hauptberuf die Lohnarbeit bildet" (zu vgl. die allgem. Begr. der RVO. S. 93; Hahn, Handb. der KrVers. Vorbem. von § 441), während die Kinder einen Beruf überhaupt nicht ausüben und nur vorübergehend und aushilfsweise ihre Arbeitskraft, sei es auch gegen Entgelt, zur Verfügung stellen. — Das Ergebnis ist unbefriedigend. Dies kann aber gemildert werden, wenn die oberste Verwaltungsbehörde von der Befugnis Gebrauch macht, den versicherungsfreien Zeitraum bis auf eine Woche herabzusetzen oder zu gestatten, daß die Kassensatzung ihn so weit herabsetzt (Satz 2 der Ziff. II der Bek.).

Rückforderung eines vermeintlich überzahlten Betrages durch die Kasse vom Armenverbande.

6. Nach O. Frage: Im Jahre 1914 erkrankte ein aus der Versicherung bei unserer Kasse Ausgeschiedener innerhalb der Frist des § 214 RVO. und wurde hierwegen vom Armenverband unterstützt. Auf Anforderung wurden dem Armenverbande die gesamten Verpflegungskosten, die durch Unterbringung im Hospital entstanden waren, von uns ersetzt, während nach § 1533 RVO. lediglich die Hälfte des Krankengeldes und für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohnes zu erstatten gewesen wären. Dieser Verstoß wurde nachträglich durch die Revision unserer Kassenführung festgestellt und der Armenrat zur Rückzahlung des zuviel bezahlten Betrages von insgesamt 74,63 ℳ aufgefordert. Er lehnt die Rückzahlung ab, weil ihm infolge Fristablaufs der Rückgriff an den zuletzt pflichtigen Armenverband unmöglich geworden sei und für ihn somit eine ungerechtfertigte Bereicherung nach § 812 BGB. nicht in Frage komme. Wir bitten um Auskunft darüber: 1) sind wir berechtigt, den zuviel bezahlten Betrag zurückzufordern und auf Grund welcher gesetzlichen Bestimmungen? 2) Wenn ja, wo ist das Verfahren anhängig zu machen? Handelt es sich um eine Streitsache, die nach § 1540 RVO. im Spruchverfahren (§§ 1771 ff.) zu entscheiden ist oder um einen Anspruch über dessen Rechtmäßigkeit vor dem zuständigen bürgerlichen Gericht zu erkennen ist?

Antwort: Wenn die Voraussetzungen für einen Rückgriff gegen den endgültig verpflichteten Armenverband vorlagen und die Frist von sechs Monaten für die Anmeldung dieses Anspruchs (§ 34 Unterst.-Wohnf.-Ges.) verstrichen ist, so trifft es zu, daß schon aus diesem Grunde von einer Bereicherung des vorläufig eingetretenen Ortsarmenverbandes nicht die Rede sein kann; er wäre durch das Verhalten der Kasse geschädigt, wenn er ihr jetzt erstatten müßte, was er, bei rechtzeitig erklärter Ablehnung durch die Kasse,

Digitized by Google

von dem endgültig verpflichteten Armenverbande hätte fordern können. Hierzu kommt noch folgende Erwägung: Die Kasse wäre befugt gewesen, selbst Krankenhauspflege nach § 184 RVO. zu gewähren. Daher konnte sie auch die von anderer Seite, insbesondere vom Armenverbande gewährte Krankenhauspflege als für ihre Rechnung gewährt gelten lassen und die vollen Kosten übernehmen. Aus diesem Grunde ist in der Bezahlung dieser vollen Kosten keineswegs ohne weiteres ein „Verstoß" zu finden und nicht anzunehmen, daß der Armenverband „ohne rechtlichen Grund" den vollen Betrag von der Kasse erhalten hat, wie der Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung nach § 812 BGB. voraussetzt. — Wollte die Kasse gleichwohl die Rückforderungsklage gegen den Armenverband erheben, so würde der innere Grund dieser Forderung darin liegen, daß sie in Höhe des vermeintlich überzahlten Betrages den Ersatzanspruch des Armenverbandes bestreitet. Es würde also — nur mit umgekehrten Parteirollen — ein Streit über den Ersatzanspruch im Sinne des § 1540 RVO. vorliegen, der im Spruchverfahren zu entscheiden wäre. Dies entspricht der herrschenden Auffassung, wenngleich das Reichsversicherungsamt möglicherweise anderer Ansicht sein würde (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1916 S. 98, 99 und 290 ff. und jetzt noch Entsch. in ArbVers. 1917 Heft 18 S. 417).

Dauer der Beitragsfreiheit nach § 383 RVO. für unfallverletzte Versicherte.

7. Nach Kirchmöser a. H. Antwort: Bei Arbeitsunfähigkeit sind nach § 383 RVO. keine Beiträge zu entrichten „für die Dauer der Krankenhilfe", das heißt: solange ein Anspruch auf Krankenhilfe besteht. Ein solcher Anspruch wird nicht dadurch berührt, daß zugleich ein Träger der Unfallversicherung zum Schadenersatz verpflichtet ist (§ 1501). Daher besteht die Beitragsfreiheit während der satzungsmäßigen Dauer der Krankenhilfe für einen arbeitsunfähigen Unfallverletzten auch dann, wenn der Träger der Unfallversicherung die Fürsorge bereits übernommen hat (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 1 zu § 383). Dagegen entfällt die Beitragsfreiheit mit Ablauf der satzungsmäßigen Dauer auch dann, wenn der Versicherte noch weiter arbeitsunfähig ist; denn unter „Krankenhilfe" im Sinne des § 383 ist selbstverständlich nur die Fürsorge der Krankenkasse nach §§ 182 ff., nicht etwa auch die Fürsorge des Trägers der Unfallversicherung zu verstehen.

Zum Begriff des Entgelts bei Lehrlingen.

8. Nach Velbert. Antwort: Für Ihre erste Anfrage trifft unsere Auskunft in der ArbVers. Heft 16 S. 384 Ziffer 10 gleichfalls zu. In beiden Fällen ist die Unterbrechung der Beschäftigung belanglos, solange eine Enthebung von dem Vorstandsamt nicht stattgefunden hat. — Zur zweiten Frage: Die Summe, die nach dem Vertrage den Lehrlingen erst bei Beendigung der Lehrzeit ausgezahlt wird, bildet einen Entgelt für ihre Tätigkeit. Dessen Wesen besteht ja gerade darin, daß durch ihn die Erfüllung der Vertragspflichten abgegolten werden soll. Dieser Charakter geht auch dadurch nicht verloren, daß der Anspruch durch gewisse Verletzungen der Vertragspflichten abredegemäß verlorengeht. Auf die Länge der Lohnzahlungszeiten kommt es beim Abzug der auf den Arbeitnehmer entfallenden Beitragsteile nicht an (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1 zu § 395). Freilich wollen wir nicht verhehlen, daß die geschilderten Vereinbarungen gewichtigen rechtlichen Bedenken unterliegen. — Es fragt sich nämlich, ob sie nicht den guten Sitten widerstreiten. Soweit sie dies tun würden, würden sie nichtig sein (§ 138 BGB.). Unzweifelhaft würde es ein Verstoß gegen die guten Sitten sein, wenn dem Arbeitnehmer eine ziemlich sichere Hoffnung auf einen größeren Geldbetrag gemacht wird, der ihn oder seine gesetzlichen Vertreter veranlaßt, den Vertrag abzuschließen, und wenn ihm hernach wegen einer vielleicht geringfügigen Verletzung einer Vertragspflicht ein so bedeutender Betrag soll vorenthalten werden dürfen. Das würde aber nicht den ganzen Vertrag oder die Vereinbarung der Zahlung des Entgeltes nichtig machen, sondern nur die Vertragsbestimmungen, nach denen in unbilliger Weise die Entziehung des Anspruchs stattfinden soll. Dadurch würden die Versicherungspflicht und ihr Umfang nicht berührt werden. Hierbei ist vielmehr stets der Entgelt zugrunde zu legen, der bei Beendigung der Lehrzeit regelmäßig zu zahlen ist. Die Meinung der Arbeitgeber, daß die in Frage stehenden Lehrlinge als ohne Entgelt beschäftigt anzusehen seien, ist unbegründet.

a) Unterstempelte Meldungen zur Krankenkasse. b) Krankenversicherungspflicht oder Beitrittsberechtigung einer Klavierlehrerin.

9. Nach Eickernkunde. Antwort: a) Das Gesetz schreibt eine bestimmte Form für die Meldungen zur Krankenkasse (§ 317 RVO.) allerdings nicht vor, aber es ist selbstverständlich, daß eine ordnungsmäßige schriftliche Anmeldung nur dann vorliegt, wenn das Schriftstück mit hinreichender Sicherheit erkennen läßt, daß es von dem Meldepflichtigen herrührt. Diese Sicherheit wird regelmäßig nur durch die Unterschrift, nicht durch die bloße Beidrückung des Firmenstempels gegeben, da dieser erfahrungsgemäß auch Personen zugänglich ist, die zu Meldungen weder verpflichtet noch befugt sind. Ein Mißbrauch, insbesondere zum Zwecke der Erschleichung von Kassenleistungen für eine nicht berechtigte Person, ist nicht ausgeschlossen. Sachgemäß ist also die Verwendung des Stempels nur neben der oft unleserlichen Unterschrift, und die Kasse kann daher eine nur unterstempelte Meldung zurückweisen. Doch wird es sich zur Vermeidung unnötiger Weiterungen empfehlen, dies nur zu tun, wenn wirklich Anlaß vorliegt, zu bezweifeln, daß die Meldung von dem Meldepflichtigen herrührt (zu vgl. hinsichtlich eines Befreiungsantrags: ArbVers. 34 Heft 15 S. 346).

b) Die Frage, ob eine Klavierlehrerin, die in ihrer Wohnung etwa 6 bis 7 Schülerinnen gegen Entgelt unterrichtet, nach § 176 Ziff. 3 RVO. versicherungsberechtigt ist, beruht wohl auf der Voraussetzung, daß diese Lehrerin schlechthin nicht versicherungspflichtig sei, weil sie nicht zu den persönlich und wirtschaftlich unselbständigen Personen gehöre. Diese Annahme ist aber irrig. Lehrer und Erzieher sind nach § 165 Abs. 1 Ziff. 5 RVO. krankenversicherungspflichtig, auch wenn sie ihren Beruf nicht in Abhängigkeit von einem Arbeitgeber ausüben (zu vgl. Entsch. des RVA. 2046, Amtl. Nachr. 1915 S. 579, ArbVers. 1915 S. 586). Voraussetzung ist freilich, daß der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst 2500 ℳ nicht übersteigt (§ 165 Abs. 2). Wenn er diesen Betrag übersteigt, kann aber auch Beitrittsberechtigung nach § 176 Abs. 1 Ziff. 3 nicht in Frage kommen.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1891 von J. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Dehn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rostin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1180 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. August 1917 | Heft 22

Deutsche Auslands-Krankenversicherung

Von Regierungsassessor im Staatsministerium des Innern Dr. v. Schelhorn, Intendanturrat a. K. in München (Schluß.)

C. Leistungen und Beiträge; Gewährung der Leistungen.

Auch die Auslandsversicherten sind wirkliche Mitglieder der Krankenkassen, denen sie zugewiesen sind. Die Bundesr.-Bek. bedient sich der Ausdrücke „gehören an" und „Kassenzugehörigkeit", um ihre Mitgliedschaft zu bezeichnen. Sie sind, da Einschränkungen nicht getroffen sind, vollberechtigte Mitglieder, nicht etwa solche zweiter Klasse, denen nicht alle satzungsmäßigen Rechte zustehen würden. Soweit die zuständige Kasse nach ihrer Satzung oder auf Grund des § 1 des Reichsgesetzes vom 4. 8. 1914, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (RGBl. S. 337) allgemein nur die Regelleistungen gewährt, hat es dabei auch für die Auslandsversicherten sein Bewenden. Hat dagegen die Kasse auf Anordnung des Versicherungsamts (§ 1 Abs. 2 des angeführten Gesetzes) Mehrleistungen (z. B. Krankengeld vom ersten Krankheitstage an, auch für Sonn- und Feiertage, die nicht Arbeitstage sind, oder in höherem Betrage als der Hälfte des Grundlohns, größere Heilmittel, Familienhilfe, höheres Sterbegeld usw.) beibehalten oder im Laufe des Krieges wieder aufgenommen, so kommt dies ungeschmälert auch den Auslandsversicherten zugute. Hierauf nehmen auch die Ausführ.-Best. der Kriegsministerien gebührend Rücksicht (s. unten).

Eine Sondervorschrift für die Auslandsversicherten enthält § 4 der Bundesr. Bek. vom 14. 12. 1916:

> Der Grundlohn bestimmt sich nach dem wirklichen Arbeitsverdienste des Versicherten bis sechs Mark für den Arbeitstag (§ 180 Abs. 2, 4 RVO.).

Diese Vorschrift ist für alle Kassen bindend, soweit sie Auslandsversicherte zu ihren Mitgliedern zählen. Wenn also die Satzung sonst nach der Regel des § 180 Abs. 1 RVO. als Grundlohn den durchschnittlichen Tagesentgelt derjenigen Klassen von Versicherten, für welche die Kasse errichtet ist, bis nur 5 ℳ für den Arbeitstag festgesetzt hat, ist für die Auslandsversicherten ein anderer Grundlohn maßgebend. Nach § 4 der Bundesr. Bek. sind aber zwei Möglichkeiten denkbar, wie die Anführung des Abs. 2 und des Abs. 4 von § 180 RVO. zeigt. Wenn die Satzung ohnehin schon nach § 180 Abs. 2 den durchschnittlichen Tagesentgelt nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten stufenweise bis 6 ℳ festsetzt, so bleibt es bei dieser Regelung auch für die Auslandsversicherten. Andernfalls bildet der wirkliche Arbeitsverdienst des einzelnen Versicherten für den Arbeitstag (höchstens aber 6 ℳ) seinen Grundlohn. Das gilt, da § 4 a. a. O. keine Ausnahme aufstellt, auch für Landkrankenkassen und allgemeine Ortskrankenkassen, soweit ihre Satzung nach § 181 Abs. 1 oder Abs. 3 RVO. den Ortslohn als

Digitized by Google

Grundlohn für alle oder gewisse Arten von Versicherten bestimmt. Einer besonderen Satzungsänderung wird es in der Regel nicht bedürfen, da § 4 der Bundesr.-Bek. ohne weiteres Platz greift. Der hiernach maßgebende wirkliche Arbeitsverdienst schließt außer dem Barlohn auch die Sachleistungen in sich, insbesondere den Wert der Verpflegung und der gewährten Unterkunft. Nach dem Grundlohn bemißt sich die Höhe des Krankengeldes, erhöhten Krankengeldes, Hausgeldes, besonderen Krankengeldes (§ 194 Nr. 2 RVO.), Sterbegeldes usw., aber auch das Maß der Beiträge. Nach § 1 des Reichsgesetzes vom 4. 8. 1914 (s. oben) betragen sie in der Regel 4½ v. H. des Grundlohns, unter Umständen (mit Genehmigung des Versicherungsamts) auch weniger. Für die Einhebung der Beiträge haben die Kassen selbst zu sorgen; doch können ihnen die militärischen Dienststellen dabei Hilfe leisten. Die Feldintendantur kann nämlich nach Ausführ.-Best. Ziff. I, A, 8 im Einverständnis mit der Krankenkasse und dem Unternehmer die Dienststelle, in deren Auftrag der Unternehmer die Arbeiten im Ausland ausführt, beauftragen, die von dem Arbeitgeber einzuzahlenden Beiträge (§ 393 RVO.) in Empfang zu nehmen, hieraus die von ihnen vorschußweise für die Kasse geleisteten Teile der Krankenhilfekosten (s. unten) zu decken und den nach Deckung der Ausgaben der Heeresverwaltung verbleibenden Rest durch die Intendantur der Kasse überweisen zu lassen. Bezüglich der freiwilligen Kassenmitglieder, die die Beiträge allein zu tragen haben (§ 381 Abs. 3 RVO.), ist ähnliches in den Ausführ.-Best. zwar nicht vorgesehen, es wird aber wohl sinngemäß das gleiche vereinbart werden dürfen.

Die Kassen sind im Ausland vor allem auch nicht in der Lage, die Krankenhilfe tatsächlich zu gewähren. Deshalb macht es § 5 der Bek. der Heeres- oder Marineverwaltung, die ja allenthalben Sanitätseinrichtungen besitzen, zur Pflicht, die Bewirkung der Leistungen gegen Kostenerstattung durch die Krankenkassen zu übernehmen. Dabei sind Pauschsätze bestimmt, die allerdings durch Vereinbarung mit den Kassen auch geändert werden können. In der Regel gelten drei Achtel des Grundlohns als Ersatz für die Kosten der Krankenpflege; bei Krankenhaus- (Lazarett-) Pflege sind außerdem noch für die Gewährung des Unterhalts zwei Achtel des Grundlohns zu erstatten. Der Satz von drei Achteln des Grundlohns als Vergütung für die Krankenpflege entspricht dem § 222 RVO. Zwei Achtel für die Verpflegung (bei dem höchsten Grundlohn von 6 *M*, also nur 1,50 *M* für den Tag) sind im besetzten Gebiete gewiß nicht zu viel. Außerdem hat die Krankenkasse auch die Kosten der etwaigen Überführung in ein inländisches Krankenhaus zu tragen. Sie wird nötig, wenn aus militärischen Gründen oder mit Rücksicht auf die Art der Erkrankung geeignete Krankenpflege im Ausland nicht gewährt werden kann. Die Beförderung ins Inland besorgt noch die militärische Stelle. Die Krankenkasse wird entsprechend benachrichtigt. Mit dem Eintreffen im neuen Aufenthaltsorte hat sie die weitere „Krankenhilfe" zu übernehmen. Sie erhält in Abschrift einen Ausweis über die bisherigen Leistungen der Heeresverwaltung (Anlage B zu den Ausführ.-Best.), auf Verlangen auch Abschrift oder Auszug vom Krankenblatt, das im Militärlazarett geführt wurde (Ausführ.-Best. I, A, 3, e).

Im übrigen vermittelt die Heeresverwaltung grundsätzlich die gesamte Krankenhilfe. Dafür zuständig ist die Dienststelle, unter deren örtlicher Aufsicht der Unternehmer die Arbeiten ausführt. Das ist vielfach nicht dieselbe Stelle, die die Arbeiten vergeben hat, sondern eine ihr untergeordnete, unter Umständen auch eine andere gleichgeordnete.

Diese Stelle muß zunächst Klarheit darüber suchen, in welchem Umfange im Versicherungsfalle Leistungen für Rechnung der Kasse zu gewähren sind. Hierüber verlangt sie von der Kasse eine schriftliche Anleitung. Nach Ausführ.-Best. Ziff. I, A, 2 Abs. 2 ist

Digitized by Google

„insbes. festzustellen, wie der Grundlohn nach dem wirklichen Arbeitsverdienst festgelegt werden soll (also Mitteilung der Lohnklassen nach § 180 Abs. 2 RVO. mit § 4 der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 oder, daß nach § 180 Abs. 4 mit § 4 a. a. O. der wirkliche Arbeitsverdienst des einzelnen Versicherten als Grundlohn gilt!), welcher Teil des Grundlohns als Kranken- oder Hausgeld (erhöhtes Krankengeld bei Unfällen) zu zahlen ist, von welchem Krankheitstage an und für welche Tage (Arbeitstage oder auch Sonn- und Festtage) diese Leistungen zuständig sind." Unter dem Krankengeld ist hier auch das etwa nach § 194 Nr. 2 RVO. neben Krankenhaus- (Lazarett-) Pflege zustehende besondere Krankengeld, sog. Krankenhaustaschengeld, inbegriffen. Das Sterbegeld, etwaige Familienhilfe, Wochenhilfe für Ehefrauen der Mitglieder usw., alles Leistungen an Familienangehörige, sind hier nicht aufgeführt (mit Ausnahme des rechtlich dem Versicherten selbst zustehenden Hausgeldes). Nach Ausführ.-Best. I, A, 8 empfiehlt es sich für die militärischen Stellen, mit den Krankenkassen dahin übereinzukommen, daß sie die Leistungen an die in ihrem Bezirk wohnenden Familienmitglieder selbst übernehmen. Aber auch, soweit die Angehörigen an einem anderen Ort im Inland wohnen, werden zweckmäßig die Krankenkassen hier selbst unmittelbar oder etwa durch Vermittlung einer anderen inländischen Kasse leisten. Für die militärischen Stellen im Ausland liegen diese Aufgaben doch zu fern. Sie müssen auch darauf bedacht sein, die Feldpost nicht zu sehr in Anspruch zu nehmen, namentlich auch nicht für Zahlungen. Wegen der Gewährung von Krankenpflege an Familienangehörige, Geburtshilfe u. dgl. müßten sich ja auch die Feldstellen wieder an Krankenkassen wenden; die Lazarette im Heimatgebiet können damit doch nicht belastet werden.

Dem Versicherten selbst gewährt dagegen grundsätzlich die Heeresverwaltung statt der KrK. und, wie erwähnt, auf ihre Rechnung die „Kranken*hilfe*", also nicht nur „Kranken-" oder „Krankenhaus*pflege*", sondern auch die Barleistungen an Krankengeld, Hausgeld usw. Zu Vereinbarungen, die hiervon *wesentlich* abweichen würden, müßten die militärischen Stellen (Sanitätsdienststellen im Benehmen mit der Intendantur) die Entscheidung des Kriegsministeriums einholen. Das gilt insbes. auch für den Fall, daß etwa eine Kasse die Gewährung der Krankenhilfe im Ausland ganz oder teilweise selbst übernehmen wollte. (Ausführ.-Best. I, A, 3, f.)

Sonst haben im einzelnen Falle die mit dem Erkrankten am gleichen oder nächstgelegenen Orte befindlichen Ärzte (Zahnärzte des Heeres) die Hilfe zu gewähren. Ist Lazarettaufnahme nötig, so kommen dafür die Sanitätsanstalten des Heeres, zutreffendenfalls auch Privatkrankenhäuser, in Betracht. Die ärztliche (zahnärztliche) Behandlung im Revier (d. i. Krankenstube für leichtere Erkrankte) oder Lazarett (Krankenhaus) regelt der Armeearzt oder Etappenarzt für seinen Zuständigkeitsbereich. Im allgemeinen gelten für die Aufnahme, die Behandlung, Verpflegung, Krankenblattführung usw., die Entlassung nach beendeter Krankenbehandlung sowie die etwaige Überführung in ein Krankenhaus des Inlands (s. oben) sinngemäß die gleichen Bestimmungen wie für Heeresangehörige.

Größere Heilmittel werden nur im Einverständnis mit der KrK. gewährt und ihr nach dem tatsächlichen Kostenanfall besonders verrechnet. Dagegen übernimmt die Heeresverwaltung außer der ärztlichen Behandlung und Versorgung mit Arznei auch die Lieferung von Brillen, Bruchbändern und anderen *kleineren Heilmitteln*. Die Kosten hierfür gelten schon durch die erwähnte Pauschentschädigung (drei Achtel des Grundlohns) für Krankenpflege als abgegolten (Ausführ.-Best. I, A, 4). Die baren Leistungen an Krankengeld, erhöhtem Krankengeld usw. sind selbstverständlich voll zu vergüten.

Daß dem Erkrankten die erforderliche Krankenhilfe zuteil werde, dafür sorgt die schon erwähnte Dienststelle, unter deren *ört-*

Digitized by Google

licher Aufsicht der Unternehmer die Arbeiten ausführt, bei unmittelbarer Beschäftigung durch die Heeresverwaltung, die Beschäftigungsstelle. Sie überweist den Kranken an den Arzt oder in das Lazarett. Im Notfall ist dazu auch der bei der Arbeit die Aufsicht Führende unmittelbar ermächtigt. Die Überweisung erfolgt mit einem Ausweis nach Anlage B zu den Ausführ.-Best., der weiterhin auch die Grundlage für die Verrechnung zu bilden hat.

Die erwähnte Stelle trägt hier zunächst die notwendigsten Personalangaben (Name, Geburtstag und Geburtsort, Wohn- oder letzter Ort der versicherungspflichtigen Beschäftigung, Arbeitgeber und Krankenkasse) ein und bezeichnet kurz Tag und Art der Erkrankung. Mit diesem Ausweis kommt der Kranke zum Arzt, in das Revier oder in das Lazarett (Krankenhaus). Hier erfolgen weitere Einträge über die Dauer der Behandlung mit oder ohne Unterkunft und Verpflegung, über Arbeitsunfähigkeit und wo sich das Krankenblatt befindet. Der Ausweis geht an die örtliche Aufsichtsstelle (s. oben) zurück, die die Krankenpflege vermittelt hatte. Diese war grundsätzlich zuständig geblieben für die Gewährung der Barleistungen (Krankengeld, Krankenhaustaschengeld, erhöhtes Krankengeld bei Unfall, Hausgeld), sie hat auch die etwaigen Kosten für größere Heilmittel und für die allenfallsige Überführung Erkrankter in das Inland vorschußweise zu verausgaben. Soweit andere Dienststellen derartige Ausgaben geleistet haben, lassen sie sich wieder von der örtlichen Aufsichtsstelle Ersatz gewähren. Diese trägt ferner im Ausweis vor, wann der Erkrankte wieder die Arbeit aufgenommen hat oder etwa heimbefördert worden ist, und — unter Angabe des wirklichen Arbeitsverdienstes und des Grundlohns —, welche Barausgaben erwachsen sind. Der Ausweis enthält damit in Kürze alles, was zur Kostenbereinigung weiter zu wissen notwendig sein wird.

Die örtlichen Aufsichtsstellen verrechnen selbst wieder alle Aufwendungen der zuständigen Etappenintendantur. Nur diese tritt mit der KrK. wegen des Kostenersatzes unmittelbar in Verbindung. Sie erhält von den erwähnten Stellen allmonatlich einen Forderungsnachweis (Anlage C) über alle vorgekommenen und endgültig abgeschlossenen Leistungsfälle. Dem Forderungsnachweis liegen die ausgefüllten Ausweise (nach Anlage B) als Belege bei, außerdem noch besondere Nachweisungen der etwaigen Kosten für größere Heilmittel, für Überführung in ein inländisches Krankenhaus und für allenfalls sonst noch im Einverständnis mit der Krankenkasse geleistete Ausgaben. In dem Forderungsnachweis werden aber auch die Pauschvergütungen in Ansatz gebracht, die die Kasse für Krankenpflege oder Krankenhauspflege zu gewähren hat.

Die Etappenintendantur stellt wieder alle Forderungsnachweise ihres Bereichs zusammen, übersendet die Zusammenstellung mit entsprechenden Belegen den beteiligten Krankenkassen und zieht von ihnen den geschuldeten Gesamtbetrag ein. Nach Zahlungsempfang schreibt sie den örtlichen Aufsichtsstellen die von ihnen vorschußweise bestrittenen Beträge gut.*) Der Ersatz für Krankenpflege oder Krankenhauspflege wird — ohne weitere Verrechnung auf die beteiligten einzelnen Lazarette usw. — als Einnahme der Heeresverwaltung verbucht.

Der schriftliche Zahlungsverkehr kann, wie oben bereits berührt, noch weiter ausgebildet werden. Im Einverständnis mit der Krankenkasse und dem Unternehmer kann die Intendantur die örtlichen Aufsichtsstellen beauftragen, die Kassenbeiträge für die Krankenkasse in Empfang zu nehmen, hieraus die Barausgaben für Krankenhilfe zu decken und den überschießenden Betrag der Beitragseinnahmen der Intendantur „zur Einziehung anzubieten". Die fragliche Geldsumme wird dann von der Intendantur der betreffenden Stelle grundsätzlich belassen, aber zu ihren Lasten auf Zahlungen verrechnet, die sie von der Intendantur zu erhalten hätte. Die Intendantur, die nun um den gleichen Be-

*) Sie stehen in ständigem schriftlichen Abrechnungsverkehr mit der Intendantur.

Digitized by Google

trag bereichert ist, kann ihrerseits wieder mit der Krankenkasse abrechnen; diese schuldet ja noch die Pauschsätze für Krankenpflege und Krankenhauspflege. Auf diese Weise kann der Bargeldverkehr sehr wesentlich eingeschränkt werden.

Krankenhilfe nach § 7 Nr. 2 der Bundesrats-Bekanntmachung vom 14. 12. 1916.

Im vorhergehenden handelte es sich zunächst um die Gewährung der Krankenhilfe an die eigentlichen „Auslandsversicherten", nicht an solche Personen, die trotz Verrichtung von Arbeiten im Ausland doch noch als im Inland versichert gelten. Wie schon erwähnt, geht nach § 7 Nr. 2 der Bek. vom 14. 12. 1916 mit Bezug auf sie die Verpflichtung des Arbeitgebers, nach § 221 RVO. Krankenhilfe zu gewähren, auf die Heeresverwaltung über, wenn sie auch anderen Beschäftigten des Arbeitgebers Krankenhilfe zu gewähren hat. In der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 und in den besprochenen Ausführ.-Best. der Kriegsministerien finden sich keine besonderen Anordnungen für solche Fälle. Es wird bezüglich der Vermittlung der Krankenhilfe durch die Dienststelle, unter deren örtlicher Aufsicht der Unternehmer die Arbeiten ausführt, hinsichtlich der Durchführung der Krankenpflege und der Verrechnung der Kosten sinngemäß das gleiche zu gelten haben wie bei der Krankenfürsorge für die „Auslandsversicherten". Auch hier wird ein Ausweis nach Anlage B zu den Ausführ.-Best. zu führen sein und den Erkrankten begleiten; die Kosten werden in demselben Forderungsnachweis (Anlage C) mit denen für Auslandsversicherte angefordert und in die nämliche Zusammenstellung der Intendantur aufgenommen werden können. Der Pauschsatz des § 5 Abs. 1 der Bek. für Vergütung der Krankenpflege (drei Achtel des Grundlohns) entspricht ohnehin schon dem § 222 RVO. Für den Unterhalt im Krankenhaus stellt § 222 RVO. zwar keine Pauschvergütung auf. Die Krankenkassen dürften aber damit zufrieden sein, wenn ihnen die Heeresverwaltung dafür entsprechend § 5 Abs. 1 der Bek. nur zwei Achtel des Grundlohns aufrechnet. Abweichende Vereinbarungen sind aber jedenfalls nicht ausgeschlossen.

D. Kommen auch Wochenhilfe-Leistungen in Frage?*)

Die Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 spricht nirgends von Wochenhilfe. Dieser Umstand allein schließt jedoch die Möglichkeit, daß auch sie in Frage kommen kann, noch nicht aus. Die Bek. beginnt im § 1 mit den Worten „Gegen Krankheit werden versichert Deutsche, ..." Die deutsche „Krankenversicherung" umschließt aber bekanntlich auch die Wochenhilfe für weibliche Versicherte und allenfalls — als Mehrleistung — für Ehefrauen von Mitgliedern. Nach § 11 der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 sind, soweit sich nicht aus der Bek. selbst oder aus Bestimmungen des Reichskanzlers zu ihrer Durchführung anderes ergibt „die Vorschriften und Bestimmungen über die reichsgesetzliche Krankenversicherung sinngemäß anzuwenden".

Die Ausführungsbestimmungen der Kriegsministerien erwähnen in Ziff. I, A, 8 auch der Wochenhilfe, aber nur bei den Leistungen an Familienangehörige. Sie empfehlen den militärischen Stellen, mit den Krankenkassen dahin übereinzukommen, daß diese derartige Leistungen selbst übernehmen (s. oben). Gedacht ist hier nur an die Wochenhilfe für die in der Heimat zurückgebliebenen Ehefrauen von Auslandsversicherten, soweit die zuständige Krankenkasse solche Mehrleistungen gewährt.

Außerdem wird aber auch die Vermittlung von Wochenhilfe durch die Krankenkassen für Rechnung des Reichs nach der Bek. des Bundesrats vom 3. 12. 1914 (RGBl. S. 492) in Betracht kommen können. Es ist doch nicht ausgeschlossen, daß Männer, die zunächst im Ausland gearbeitet haben und auch dort nach der Bek. vom 14. 12. 1916

*) Die Bundesr.-Bek. vom 6. 7. 1917 über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterl. Hilfsdienstes konnte hier nicht mehr berücksichtigt werden.

Digitized by Google

versichert waren, daraufhin Kriegsdienst leisten. Die Auslandsversicherung ist grundsätzlich der Regelversicherung nach der RVO. gleichgestellt. Das geht insbesondere auch aus § 10 der Bek. hervor: „Soweit der Erwerb von Rechten davon abhängt, daß eine Versicherung gegen Krankheit von bestimmter Dauer vorangegangen ist, steht die Versicherung nach diesen Vorschriften einer Versicherung auf Grund der RVO. gleich." Wenn der Ehemann also zuletzt vor seinem Eintritt in den Kriegsdienst im Ausland versichert war und hier allein oder in Zusammenfassung mit vorangegangener Inlandsversicherung die Voraussetzungen des § 1 Nr. 2 der Bundesr.-Bek. vom 3. 12. 1914 erfüllt hat, so wird seiner nicht selbst oder nicht genügend lange selbst versicherten Ehefrau gegebenenfalls die Krankenkasse die Wochenhilfe für Rechnung des Reichs nach der Bek. vom 3. 12. 1914 zu gewähren haben, der er — zuletzt — als Auslandsversicherter angehört hat. Dabei gelten jedenfalls die allgemeinen Bestimmungen der erwähnten Bundesr.-Bek. Soweit der Vorstand der Kasse nach § 4 a. a. O. allgemein beschlossen hat, statt der baren Beihilfen des vorhergehenden Paragraphen freie Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren, stehen diese Leistungen auch den Ehefrauen der zum Kriegsdienst ausgeschiedenen Auslandsversicherten zu, sonst die baren Beihilfen des § 3 (25 *M* Beitrag zu den Kosten der Entbindung, 1 *M*, ab 8. 6. 1917: 1,50 *M* tägliches Wochengeld für acht Wochen — 57 Tage —, bis zu 10 *M* Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich wurden, und 50 *Pf* tägliches Stillgeld, solange die Wöchnerin stillt, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft — 85 Tage). Hat auch diese Wochenhilfe nach § 5 der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 für die Ehefrauen von zuletzt „Auslandsversicherten", vorbehaltlich anderer Vereinbarungen, die Heeres- oder Marineverwaltung zu leisten? Diese Frage möchte noch besonders zu regeln sein. Sie läßt sich zur Zeit nicht bestimmt beantworten. § 5 a. a. O. spricht nur von Krankenhilfe „im Ausland". Darunter wird aber nach den Ausführ.-Best. auch die Familienhilfe für Angehörige im Inland verstanden, wenn nur der Versicherte selbst im Ausland weilt. Der bisher Auslandsversicherte wird aber in der Regel zur Kriegsdienstleistung zunächst ins Inland zurückkehren, schon deshalb, weil er meistens doch wohl erst ausgebildet werden muß. Hört damit die Verpflichtung der Heeresverwaltung zur Gewährung von Leistungen auf, die sich etwa noch späterhin aus seiner Auslandsversicherung ergeben? Aus Zweckmäßigkeitsgründen möchten wir diese Frage bejahen. Die Kasse im Inland steht hier ja den Beteiligten und den Verhältnissen viel näher als die Heeresverwaltung im Ausland. Wozu dann der Umweg? Nur für die etwa im Ausland errichteten besonderen Betriebskrankenkassen gilt dies nicht im gleichen Maße. Hier ist eine ausdrückliche Regelung der Frage besonders geboten, auch schon deshalb, weil ja kein Versicherungsamt bestimmt ist, durch das diese Kassen vom Reiche die Wochenhilfeleistungen ersetzt erhalten würden.

Offen bleibt weiter die Frage, ob nicht auch Wochenhilfe für weibliche Auslandsversicherte in Frage kommen kann. Mit dieser Möglichkeit scheinen weder der Bundesrat noch die Kriegsministerien gerechnet zu haben. Dies ist mit Recht geschehen, wenn etwa und solange im Ausland die Verwendung deutscher Frauen und solcher aus verbündeten oder neutralen Ländern durch behördliche Maßnahmen verhindert wird. Wir möchten aber bezweifeln, ob sich dies, wenn es überhaupt beabsichtigt sein sollte, ausnahmslos und auf die Dauer wird durchführen lassen in einer Zeit, in der allenthalben weibliche Arbeitskräfte fast zu jeder Beschäftigung herangezogen werden. Es dürfte auch mit der Möglichkeit weiblicher Auslandsversicherten zu rechnen sein. Ihnen steht dann gegebenenfalls auch Wochenhilfe zu, und zwar nicht nur nach der Satzung der

Digitized by Google

Krankenkasse, der sie im Ausland angehören (soweit ihre Leistungen nicht durch das Reichsges. vom 4. 8. 1914 eingestellt sind), sondern auch nach Maßgabe des § 8 der Bundesr.-Bek. vom 3. 12. 1914. Zweifelhaft könnte dies höchstens soweit sein, als es sich um Angehörige nichtdeutscher Staaten handelt. Auf die bekannte Streitfrage, ob sich § 8 a. a. O. nur auf Deutsche und allenfalls noch auf Verbündete oder Neutrale, aber nicht auf Angehörige mit uns im Kriege befindlicher Staaten bezieht, möchten wir an dieser Stelle nicht weiter eingehen. „Feindliche Ausländerinnen" kommen hier ohnehin nicht in Frage, sie unterliegen nicht der deutschen Auslandskrankenversicherung. Unter den übrigen weiblichen Versicherten möchte sich, soweit es sich um Leistungen der Krankenkassen, nicht des Reiches, handelt, eine unterschiedliche Behandlung nicht genügend rechtfertigen lassen.

Auch für Wochenhilfe an weibliche Versicherte im Ausland wird nach dem Ausgeführten nötigenfalls die Heeresverwaltung sorgen müssen, in ähnlicher Weise wie für die Krankenhilfe im engeren Sinne. Auch hier muß dann von der zuständigen Krankenkasse eine Anleitung darüber erholt werden, in welchem Umfange Leistungen zu gewähren sind. Soweit als möglich sollten die Wöchnerinnen, die nicht noch frühzeitig genug heimbefördert werden konnten, in Gebäranstalten oder bürgerlichen Krankenhäusern untergebracht werden, wie sie ja z. B. in Belgien und in anderen besetzten Gebieten zur Verfügung stehen. Nötigenfalls könnte dies mit ihrem Einverständnis auch für eigene Rechnung der Wöchnerin erfolgen; sie erhält ja zu ihren Ersparnissen aus dem in der Regel hohen Lohn im Ausland auch noch die baren Beihilfen, die ihr die Krankenkasse nach § 8 mit § 3 der Bundesr.-Bek. vom 3. 12. 1914 zu gewähren hat, wenn die Kasse nicht unmittelbar für die Wochenhilfe selbst sorgt. Soweit Leistungen der Heeresverwaltung in Frage stehen, wäre die Verrechnung in ähnlicher Weise auszugestalten wie bei der Krankenhilfe im engeren Sinne.

III. Anhang.

Krankenfürsorge der Heeresverwaltung für ihre keiner Krankenkasse zugewiesenen Arbeiter im Ausland.

Schon oben wurde im Zusammenhang erwähnt, daß die Heeresverwaltung aushilfsweise, soweit sich die Krankenversicherung im Ausland nicht durchführen läßt, den in ihren Diensten stehenden Personen, die an sich nach der Art ihrer Beschäftigung versicherungspflichtig wären, eine besondere Krankenfürsorge zuwendet. Dies trifft bis auf weiteres allgemein auf die Arbeitskräfte zu, die in dem nicht von deutschen Truppen besetzten Ausland im unmittelbaren Beschäftigungsverhältnis zur Heeresverwaltung stehen. Als ein solches für uns ausländisches Gebiet wird z. B. auch das österreichische Galizien zu gelten haben.

Weiterhin wird die besondere Krankenfürsorge aber auch in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland dann gewährt, wenn „die Einweisung der im unmittelbaren Dienste der Heeresverwaltung stehenden Personen in eine heimatliche Krankenkasse nach Ansicht der beschäftigenden Dienststelle aus dienstlichen oder örtlichen Rücksichten schwer durchführbar und die Errichtung einer Betriebskrankenkasse im Ausland nicht zu empfehlen" ist (Ausführ.-Best. I, B, 9, d). Insoweit haben die obersten Militärverwaltungsbehörden von dem Vorbehalte im § 8 der Bundesr.-Bek. vom 14. 12. 1916 nicht Gebrauch gemacht und die Auslandsversicherung dieser Bundesr.-Bek. auf ihre Arbeiter nicht erstreckt.

Die besondere Krankenfürsorge der Heeresverwaltung ist geregelt in Anlage D zu den Ausführ.-Best. der Kriegsministerien. Es wird genügen, hier nur einen Überblick über die in Frage kommenden Leistungen zu geben.

Die Heeresverwaltung stellt ihren Arbeitern insbes. „Krankenhilfe" in den Grenzen der Vorschriften der §§ 182, 183 RVO. in Aussicht, d. i. Krankenpflege und

Digitized by Google

Krankengeld in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen. Krankenpflege wird im Ausland wie bei den Auslandsversicherten durch die militärischen Dienststellen oder mangels solcher durch Privatärzte und in Krankenhäusern verschafft. Ist dies nicht möglich und muß der Kranke deshalb in das Inland übergeführt werden, so fertigt die Dienststelle einen Ausweis aus, in dem sie eine Orts- oder Landkrankenkasse des Inlands ersucht, Krankenhilfe für Rechnung der Reichskasse zu gewähren und die Kosten hierfür bei der ersuchenden Dienststelle nach § 222 der RVO. zur Erstattung anzufordern.

Krankengeld wird sogar — über die Regelleistungen der Krankenkassen hinaus — stets vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an für jeden Arbeitstag gewährt, für Sonn- und Festtage dann, wenn der Erkrankte an diesen Tagen regelmäßig gegen Entgelt bei der Heeresverwaltung tätig war. In dem erwähnten Ausweis finden sich Angaben hierüber. Das Krankengeld entspricht der Hälfte des in den letzten 4 Wochen durchschnittlich täglich verdienten Lohns einschließlich des Wertes etwaiger freier Verpflegung, soll jedoch nicht über 3 ℳ hinausgehen. Dies entspricht den höchsten Regelsätzen nach § 180 mit § 182 Nr. 2 RVO.

Die Krankenfürsorge der Heeresverwaltung dürfte sohin den Anforderungen des § 169 RVO. genügen und die Personen, denen sie zusteht, deshalb im Sinne der RVO. versicherungsfrei sein. Sollten hierüber ja noch Zweifel bestehen, so wird bei im Hilfsdienst Beschäftigten nach § 9 Abs. 2 der Bundesr.-Bek. vom 24. 2. 1917 (s. oben) das Kriegsamt mit Rücksicht auch auf die noch zu besprechenden weiteren Leistungen der Heeresverwaltung ihre Krankenfürsorge zum mindesten als den im § 169 RVO. bezeichneten Ansprüchen gleichwertig erklären und damit die Versicherungsfreiheit bestätigen können.

Bei Gewährung von Krankenhaus- (Lazarett-) Pflege, auch bei Revierbehandlung neben freier Unterkunft und Verpflegung, wird Hausgeld in Höhe des halben Krankengeldes gezahlt, wenn der Erkrankte bisher aus seinem Arbeitsverdienste Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat.

Die Heeresverwaltung tritt in dem besprochenen Umfang auch in Fällen ein, die dem § 214 RVO. entsprechen.

Sterbegeld wird zwar nicht ohne weiteres zugestanden. Wenn aber der Verstorbene nach Auskunft des Gemeindevorstandes Angehörige in bedürftigen Verhältnissen hinterläßt, dann können die Kosten einer einfachen Beerdigung auf die Reichskasse übernommen und außerdem noch den Hinterbliebenen eine Beihilfe zugebilligt werden. Sie ist „nacheinander an die Ehefrau, die Kinder, den Vater, die Mutter, die Geschwister zu zahlen. Voraussetzung für die Bewilligung der Beihilfe bleibt, daß die Empfänger mit dem Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben". Auch hier ist jedenfalls, ähnlich wie nach Rev. Entsch. 1992 des RVA. (Amtl. Nachr. 1915 S. 432) bei Kriegsteilnehmern, davon auszugehen, daß die Arbeitsleistung im Ausland die häusliche Gemeinschaft noch nicht ohne weiteres aufgehoben hat. Die Beihilfe darf sich zusammen mit den Beerdigungskosten bis auf den 40 fachen Betrag des täglichen Krankengeldes belaufen, die Leistungen können also den Regelbetrag des Sterbegeldes nach § 201 RVO. erreichen. — Dem § 202 RVO. entspricht einigermaßen die Bestimmung:

„Bestand beim Eintritt des Todes eine Anwartschaft auf Krankenhilfe nicht mehr, dann dürfen Beerdigungskosten und Beihilfen nur ausnahmsweise und nur dann bewilligt werden, wenn der Tod auf ein Leiden zurückzuführen ist, das sich der Verstorbene im Dienst zugezogen hat."

Über § 202 RVO. geht diese Bestimmung insofern hinaus, als der Tod nicht notwendig binnen einem Jahre nach Ablauf der Krankenfürsorge eingetreten zu sein braucht.

Neben einem Sterbegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. § 10 der Bundesr.-Bek. vom 24. 2. 1917) werden vorstehende Zuwendungen nicht gewährt. Hier hat die Heeresverwaltung ohnehin als Arbeitgeber (Ausführungsbehörde) einzutreten.

Digitized by Google

Alle die besprochenen Leistungen werden gewährt, ohne daß Beiträge erhoben werden. Abgesehen von der Übernahme der Beerdigungskosten und der Beihilfe an die Hinterbliebenen, die die Heeresverwaltung nach freiem Ermessen zubilligt („Kann"-Vorschrift), handelt es sich um bestimmte, rechtsverbindliche Zusicherungen. Die Verrechnung der erwachsenden Kosten ist hier eine innere militärische Angelegenheit, auf die einzugehen sich an dieser Stelle erübrigt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Vertragliche Bindung zur Duldung einer Operation ist unwirksam.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Juni 1916.

Das RVA. hat unter der Herrschaft des alten Rechts in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß die Unfallverletzten zur Duldung solcher Heilmaßnahmen und auch solcher Eingriffe verpflichtet seien, die eine ordnungsmäßige Wundbehandlung erst ermöglichen, wie Freilegung der verletzten Stelle, Reinigung der Wunde und in der Regel auch Einschnitte in Geschwüre, nicht dagegen zur Duldung von Operationen, die — mögen sie zum eigentlichen Heilverfahren gehören oder zur Erhöhung der Erwerbsfähigkeit bestimmt sein — in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen *oder* nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden können. Denn einem Verletzten müsse die Freiheit, über Leben und Gesundheit zu verfügen, auf jeden Fall unbenommen sein. Als Operation in diesem Sinne wurden auch relativ ungefährliche Eingriffe wie das Ausschneiden einer Narbe oder das Tätowieren eines Hornhautflecks im Auge angesehen. Nach altem Recht hätte daher für den Kläger keine Verpflichtung bestanden, die Entfernung eines Teils der Tränendrüse vornehmen zu lassen, auch wenn diese Operation an sich ungefährlich und ohne Narkose vorzunehmen wäre. An diesen Rechtsgrundsätzen sollte, wie aus den Kommissionsverhandlungen einwandfrei hervorgeht, durch die RVO. nichts geändert werden. Ein Antrag, daß Verletzte zur Duldung von relativ ungefährlichen Operationen verpflichtet sein sollten, ist unter ausdrücklicher Billigung der bisherigen Rechtsprechung des RVA. abgelehnt worden. Nun hat sich aber der Kläger durch rechtskräftig gewordenen Vergleich vor dem OVA. verpflichtet, die Entfernung eines Teils der Tränendrüse vornehmen zu lassen. Es fragt sich, ob er hierdurch die Berechtigung, die Operation zu verweigern, verloren hat. Der erkennende Senat hat dies verneint. Denn *in der Berechtigung eines Verletzten, die eigentlichen Operationen abzulehnen, muß ein unantastbares persönliches Recht erblickt werden*, auf das er sich jederzeit berufen kann und das erst mit dem Augenblick der tatsächlichen Vornahme des Eingriffs erlischt. Bis zu diesem Zeitpunkt muß es dem Verletzten aber unbenommen sein, seine Einwilligung zu versagen, oder, wenn er sie schon erteilt hatte, zu widerrufen, wenn ihm im letzten Augenblick Bedenken aufsteigen, weil er erst jetzt zu klarem Erkennen der Bedeutung der Operation gelangt. Eine *vertragliche Bindung zur Duldung der Operation ist deshalb unwirksam*. Es ist hierbei gleichgültig, ob diese Bindung in einer einfachen Erklärung dem Versicherungsträger gegenüber oder in der Form eines gerichtlichen Vergleichs, der leicht unter einem gewissen Drucke zustande kommt, ausgesprochen wird. Bei der Beurteilung des Verhaltens des Klägers darf nicht vergessen werden, daß er sich schon einmal einem operativen Eingriff unterzogen hatte, der seine Beschwerden nicht beseitigt hatte, und daß er aus den ärztlichen Gutachten nicht die Sicherheit gewinnen konnte, die vorgeschlagene Entfernung der Tränendrüse werde den erhofften Erfolg haben. Denn der Geheimrat N. war dazu nicht geschritten und andere Ärzte beseitigten nicht die Tränendrüse, sondern den Tränensack, von dessen Entfernung sich Professor Pf. und Geheimrat M. keinen Erfolg versprachen. Der Kläger stand also vor einem medizinisch zweifelhaften Schritte. Nach alledem ist die Beklagte daher nicht in der Lage, auf Grund des Vergleichs vom 16. Oktober 1914 für rechtskräftig festgestellt anzusehen, daß die Verweigerung der Operation durch den Kläger „ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund" erfolge. Die Voraussetzungen des § 606 RVO. sind also nicht erfüllt.

(Breithaupt.)

Digitized by Google

Hauptberuf einer Haustochter, die nebenher für einen Fremden Bureauarbeiten verrichtet.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversf.** v. 13. Oktober 1916 (P. 115/16).

Der Rentenausschuß glaubt einer Prüfung der Zugehörigkeit des Fräulein D. zu einer der im § 1 Abs. 1 des Gesetzes aufgeführten Berufsgruppen überhoben zu sein, weil sie ihre Tätigkeit nicht berufsmäßig verrichte. Diese Auffassung ist mit dem Aufbau des Gesetzes nicht in Einklang zu bringen. Das Gesetz grenzt den Personenkreis, welcher der neuen Fürsorge unterstellt werden soll, in Anlehnung an § 1226 RVO. ab, also durch Aufzählung der einzelnen Berufsgruppen. Eine Begriffsbestimmung der Angestellten gibt das Gesetz nicht. Es läßt sich also nicht von vornherein sagen, eine Person gehöre zu den Angestellten oder sie gehöre nicht dazu. Es muß vielmehr der im Einzelfalle festgestellte Tatbestand zu den vom Gesetz aufgeführten Berufsgruppen in Beziehung gebracht und demgemäß geprüft werden, ob die von einer Person ausgeübte Beschäftigung den einen oder anderen gesetzlichen Tatbestand erfüllt. Dabei ist es von grundlegender Bedeutung, daß bei den Angestellten in leitender Stellung, bei den Betriebsbeamten, Werkmeistern usw., bei den Angestellten in höherer Stellung, bei den Bureauangestellten und bei den in der Schiffahrt tätigen Personen (§ 1 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 6) eine Beschäftigung im Hauptberufe verlangt wird. Ein so weitgehendes Erfordernis wird bei den Handlungsgehilfen, den Gehilfen in Apotheken, den Bühnen- und Orchestermitgliedern, den Lehrern und Erziehern (Nr. 3 bis 5 a. a. O.) nicht aufgestellt. Hier genügt die Beschäftigung „gegen Entgelt", wobei nach der zu § 8 des Gesetzes ergangenen Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 9. Juli 1913 (RGBl. S. 571) unter gewissen Umständen die Versicherungsfreiheit vorübergehender Dienstleistungen anerkannt ist. Es handelt sich dabei um die Fälle der gelegentlichen Aushilfe und um Dienstleistungen, die zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Die Versicherungspflicht der in Nr. 3 bis 5 des § 1 bezeichneten Personen ist also schon dann gegeben, wenn die Beschäftigung nicht nebenher oder gegen einen Entgelt ausgeübt wird, der für den Lebensunterhalt während des Zeitraums, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, „wesentlich" ist. Ob aus dieser Bestimmung mit dem Rentenausschuß die Folgerung gezogen werden darf, daß der Angestellte aus der als versicherungspflichtig in Betracht kommenden Tätigkeit „die Mittel für seinen Lebensunterhalt herleitet", kann hier dahingestellt bleiben. Dieser Prüfung bedürfte es nur, wenn Fräulein D. als Handlungsgehilfin anzusehen wäre. Dies ist jedoch abzulehnen, weil als kaufmännische Dienstleistungen höchstens das Eintragen der eingehenden Prämienquittungen und Versicherungsscheine in ein Verzeichnis zu gelten haben, diese Beschäftigung aber nur etwa ein Viertel ihrer täglichen Arbeitszeit in Anspruch nimmt, und deshalb nicht ihrer gesamten Tätigkeit das Gepräge gibt. Wohl aber könnte Fräulein D. als Bureauangestellte gelten. Hier ist indes Voraussetzung, daß die Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet. Als Hauptberuf kann aber eine Stellung nicht betrachtet werden, die eine bei ihren Eltern wohnende und im übrigen im Haushalt tätige Angestellte täglich nur 2 Stunden in Anspruch nimmt und die ihr ein monatliches Einkommen von nur 25 ℳ einbringt. Die Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Vaters sind zwar nicht festgestellt. Es darf jedoch angenommen werden, daß er als Oberfeuerwerker in der Lage wäre, seiner Tochter den Unterhalt, auch ohne daß sie eine Beschäftigung ausübt, zu gewähren. Der Betrag von 25 ℳ monatlich reicht kaum zur Bestreitung der täglichen Nahrung aus. Wohnung, Kleidung usw. muß der Vater ohnedies gewähren (zu vgl. die Entscheidungen des Oberschiedsgerichts vom 18. Dezember 1915 und 22. Januar 1916. — „AngestVers." 1916 S. 68 Nr. 95 und S. 138 Nr. 102). Demgemäß war im Ergebnis die Vorentscheidung zu bestätigen und die Beschwerde zurückzuweisen.

Versicherungsrechtliche Stellung des Polizeifergeanten einer kleinen Gemeinde.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 22. Dezember 1916 (P. 114/16).

H. ist bei dem Magistrat des Marktes F. als Polizeifergeant angestellt. Er hat auf Grund der Hebelisten die Krankenkassenbeiträge, Gemeindeumlagen, die Staatssteuern, soweit sie nicht bei den Einzahlungsterminen entrichtet worden sind, einzuheben. Ferner hat er auch andere Gefälle, Umschreibegebühren, Messungskosten, Umlagen der Berufsgenossenschaften, einzuheben. Die eingehobenen Beträge hat er an die betreffenden Stellen und Behörden teils persönlich, teils mittels Postanweisung abzuliefern. Die Verbuchung und Verrechnung der eingenommenen Gelder liegt nicht ihm, sondern dem Kassenverwalter ob. Außerdem hat er die Einhaltung der Polizeistunde zu überwachen, Vorladungen an Personen für den Magistrat oder andere Behörden zu überbringen und kleinere Ermittlungen vorzunehmen. Endlich hat er die vorgenommenen polizeilichen Aufenthaltsermittlungen niederzuschreiben und sonstige kleinere mit seinem Außendienst zusammenhängende schriftliche Arbeiten zu erledigen. Auch hat er das Sitzungszimmer des Magistrats herzurichten und aufzuräumen. Die schriftlichen Arbeiten nehmen etwa 2 bis 3 Stunden im Tage in Anspruch, die übrige Tätigkeit den Rest des Tages. Seine Bezüge belaufen sich auf 1200 ℳ jährlich. Nach seiner Angabe hat er auch noch die von der Gendarmerie eingebrachten Vaganten zu verwahren und zu verpflegen.

Der Rentenausschuß hat die Versicherungspflicht nach dem AngestVersGes. verneint und ausgesprochen,

Digitized by Google

daß er zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehört.

Hiergegen hat die Reichsversicherungsanstalt Beschwerde eingelegt und den Antrag auf Abgabe der Sache an das Oberschiedsgericht gemäß § 210 Abs. 2 Satz 2 AngestVersGes. gestellt. Das Oberschiedsgericht hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Zunächst kann es keinem Zweifel unterliegen, daß H. nicht etwa als Bureauangestellter des Magistrats in Betracht kommen kann. Denn seine schriftlichen Arbeiten nahmen ihn nur 2 bis 3 Stunden täglich in Anspruch und waren lediglich der Ausfluß seiner übrigen nicht im Bureau zu erledigenden Arbeiten. Die Ausführungen der Entscheidung des Oberschiedsgerichts in der Streitsache P. vom 20. November 1915 — P. 11/15 —, auf die sich die Reichsversicherungsanstalt beruft, treffen somit für den vorliegenden Fall überhaupt nicht zu. Die Tätigkeit, die der Stellung des H. das Gepräge gibt, ist die eines Kassenboten. Diese nimmt auch seine Hauptzeit in Anspruch. Ihr gegenüber fällt in bezug auf den Umfang seine polizeiliche Tätigkeit ebenfalls nicht ins Gewicht, sie ist zudem auch nur untergeordneter Natur (zu vgl. den völlig anders gelagerten Fall in der die Versicherungspflicht eines Kriminal-Polizeisergeanten betreffenden grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts Nr. 121 „Angestelltenversicherung" 1916 S. 172). Die Tätigkeit eines Kassenboten, die lediglich das Einnehmen und Abliefern von Geldern umfaßt, ist aber nicht geeignet, dem H. eine gehobene Stellung im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu verleihen. Mit Recht hat daher der Rentenausschuß seine Versicherungspflicht verneint (zu vgl. auch die grundsätzl. Entsch. des Oberschiedsgerichts Nr. 33, „Angestelltenversicherung" 1915 S. 137).

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes.

Vom 6. Juli 1917 (RGBl. S. 591).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Deutschen Wöchnerinnen, die nicht schon auf Grund der Bekanntmachungen vom 3. Dezember 1914, 28. Januar oder 23. April 1915 (RGBl. 1914 S. 492, 1915 S. 49, 257) Anspruch auf Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs haben, wird eine solche während der Geltungsdauer des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 (RGBl. S. 1333) nach folgenden Vorschriften gewährt.

§ 2. Die Wochenhilfe erhalten die Wöchnerinnen, wenn

1. der Ehemann eine Beschäftigung im Sinne des im § 1 genannten Gesetzes ausübt und im letzten Jahre vor der Niederkunft seiner Ehefrau mindestens sechs Monate hindurch ausgeübt hat,
2. die wirtschaftliche Lage des Ehemanns sich infolge seiner Beschäftigung im Hilfsdienst nachweislich verschlechtert hat und
3. ein Bedürfnis für die Beihilfe besteht.

Dies gilt auch dann, wenn der Ehemann nicht dienstpflichtig nach § 1 des genannten Gesetzes ist. Für die Zeit vor der Niederkunft steht der Beschäftigung im Sinne des Abs. 1 die Leistung von Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten für das Reich oder eine ihm verbündete Macht gleich. Ist der Hilfsdienstpflichtige durch besondere schriftliche Aufforderung nach § 7 des Hilfsdienstgesetzes herangezogen worden, so bedarf es nicht des Nachweises einer Beschäftigung im Hilfsdienst vor der Niederkunft (Abs. 1 Nr. 1).

§ 3. Die Wochenhilfe erhalten ferner auch solche Wöchnerinnen, welche selbst im Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch eine Beschäftigung im Sinne des Hilfsdienstgesetzes ausgeübt haben, wenn bei ihnen die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2, 3, Abs. 2 sinngemäß zutreffen. Auf diese sechs Monate wird die Zeit einer Beschäftigungslosigkeit unmittelbar vor der Niederkunft bis zu vier Wochen angerechnet.

§ 4. Die Wochenhilfe ist auch für das uneheliche Kind eines im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten zu leisten, wenn die Verpflichtung des Vaters zur Gewährung des Unterhalts an das Kind festgestellt ist und die Voraussetzungen des § 2 sinngemäß zutreffen.

§ 5. Für die Zeit vor dem 1. September 1917 verkürzt sich die in den §§ 2 bis 4 erforderte Beschäftigungszeit um die Zeit, die zwischen dem genannten Tage und demjenigen der Niederkunft liegt.

§ 6. Ob eine Verschlechterung im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 2 stattgefunden hat, ist nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände zu beurteilen.

Voraussetzung ist in der Regel, daß infolge des Hilfsdienstgesetzes die Beschäftigungsart oder der Beschäftigungsort gewechselt worden ist.

Digitized by Google

Voraussetzung ist ferner in der Regel, daß sich infolge des Hilfsdienstgesetzes die Einnahmen des Beschäftigten vermindert oder seine notwendigen Ausgaben stärker als die Einnahmen vermehrt haben. Dabei sind die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschäftigten während seiner Hilfsdiensttätigkeit in der Zeit unmittelbar vor der Niederkunft bis zur Dauer eines Jahres mit denen während einer Zeit von gleicher Dauer unmittelbar vor Beginn jener Tätigkeit zu vergleichen. Lassen sich die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschäftigten in der Zeit vor der Hilfsdiensttätigkeit nicht feststellen, so können diejenigen zum Vergleiche herangezogen werden, unter denen Personen von gleicher Art, Ausbildung und Beschäftigung in jener Zeit in derselben Gegend tätig gewesen sind; dies gilt, sofern es für den Anspruch günstiger ist, entsprechend auch dann, wenn der Beschäftigte in der Zeit vor der Hilfsdiensttätigkeit Kriegs-, Sanitäts- und ähnliche Dienste geleistet hat.

§ 7. Daß ein Bedürfnis für die Beihilfe besteht (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) ist in der Regel nicht anzunehmen

bei verheirateten Wöchnerinnen, wenn das Jahreseinkommen des Ehepaars den Betrag von zweitausendfünfhundert Mark übersteigt,

bei unverheirateten Wöchnerinnen, wenn ihr Jahreseinkommen eintausendfünfhundert Mark und für jedes schon vorhandene Kind unter fünfzehn Jahren weitere zweihundertfünfzig Mark, zusammen aber zweitausendfünfhundert Mark, übersteigt, im Falle des § 4 außerdem, wenn das Einkommen des im Hilfsdienst beschäftigten unehelichen Vaters zweitausendfünfhundert Mark übersteigt.

Für das Jahreseinkommen ist regelmäßig das Jahr maßgebend, das der Niederkunft vorangegangen ist.

§ 8. Als Wochenhilfe wird gewährt:

1. ein einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von fünfundzwanzig Mark,
2. ein Wochengeld von einer und einer halben Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, für acht Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen,
3. eine Beihilfe bis zum Betrage von zehn Mark für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden,
4. für Wöchnerinnen, solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in einer Höhe von einer halben Mark täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertage, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft.

Wird in den Fällen der §§ 2 und 4 eine zur Zeit der Niederkunft unterbrochene Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst innerhalb acht oder zwölf Wochen nach der Niederkunft wieder aufgenommen, so ist das Wochengeld und Stillgeld vom Tage dieser Wiederaufnahme ab noch für den Rest der acht und zwölf Wochen zu zahlen. Dasselbe gilt entsprechend bei Aufnahme einer Beschäftigung im Falle des § 2 Abs. 2 Satz 3.

§ 9. Für die Leistungen der Wochenhilfe gelten die §§ 118, 119, 223 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 10. Gehört die Wöchnerin einer Krankenkasse (Orts-, Land-, Betriebs-, Innungs-, knappschaftlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse) an, so ist der Antrag auf Gewährung einer Wochenhilfe bei dieser Kasse zu stellen.

Er ist beim Arbeitgeber der Wöchnerin zu stellen, wenn sie auf Grund des § 418 oder des § 435 der Reichsversicherungsordnung von der Versicherung befreit ist.

Gehört die Wöchnerin zur Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge, so ist der Antrag bei der See-Berufsgenossenschaft in Hamburg zu stellen.

Wenn keine dieser Voraussetzungen zutrifft, aber der Ehemann der Wöchnerin einer Krankenkasse angehört oder auf Grund des § 418 oder des § 435 der Reichsversicherungsordnung von der Versicherung befreit ist oder zur Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge gehört, so ist der Antrag entsprechend bei der Krankenkasse oder dem Arbeitgeber des Ehemanns oder bei der See-Berufsgenossenschaft zu stellen.

§ 11. Der Antrag soll die tatsächlichen Angaben enthalten, aus welchen auf eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage gemäß § 6 geschlossen werden kann.

§ 12. Krankenkasse, Arbeitgeber und See-Berufsgenossenschaften haben den Antrag unverzüglich an diejenige Kommission des Lieferungsverbandes weiterzureichen, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin oder, wenn sie sich im Ausland aufhält, ihr letzter gewöhnlicher Aufenthaltsort im Inland liegt. Sie haben sich gleichzeitig darüber zu äußern, ob gegen sie ein Anspruch auf Wochenhilfe für die Wöchnerin besteht.

§ 13. Krankenkasse, Arbeitgeber und See-Berufsgenossenschaft, welche Wochenhilfe zu gewähren haben, können den Antrag auch selbst stellen, falls die Wöchnerin ihrer Aufforderung, ihn zu stellen, nicht binnen zwei Wochen entspricht.

§ 14. In allen anderen als den im § 10 bezeichneten Fällen ist der Antrag unmittelbar bei der Kommission des Lieferungsverbandes zu stellen.

Der Antrag muß außer den im § 11 erforderten Angaben die ausdrückliche Erklärung enthalten, daß weder die Wöchnerin noch ihr Ehemann einer Krankenkasse (§ 10 Abs. 1) angehören und, wenn sie Dienstbote oder landwirtschaftliche Arbeiter sind, auch, daß sie nicht zu den nach § 418 oder § 435 der Reichsversicherungsordnung Befreiten gehören.

Digitized by Google

§ 15. Für die Kommission gelten § 6 Abs. 2, § 8 des Gesetzes vom 28. Februar 1888 (RGBl. S. 59) auch hier; jedoch kann der Vorsitzende allein durch schriftlichen Bescheid Anträge zurückweisen, welche die im § 11 geforderten Angaben nicht enthalten. Diese Anträge können nach entsprechender Ergänzung wiederholt werden.

§ 16. Die Kommission entscheidet endgültig durch schriftlichen Bescheid; bei Ablehnung des Antrags sind die Gründe mitzuteilen.

War der Antrag durch die Krankenkasse einzureichen, so ist der Bescheid ihr abschriftlich mitzuteilen oder durch sie der Wöchnerin auszuhändigen. Das gleiche gilt für Arbeitgeber und die See-Berufsgenossenschaft.

§ 17. Krankenkasse, Arbeitgeber und See-Berufsgenossenschaft, welche Wochenhilfe leisten müssen, haben sie weiter zu gewähren, auch wenn dem Antrag stattgegeben wird.

Bleiben die Leistungen hinter dem Maße des § 8 zurück, so hat der Verpflichtete (Abs. 1) sie darauf zu erhöhen.

§ 4 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) gilt entsprechend, ebenso § 210 der Reichsversicherungsordnung.

Im übrigen wird die Wochenhilfe mit Ablauf jeder Woche durch die Stellen ausgezahlt, welche die Unterstützungen nach dem Gesetze vom 28. Februar 1888 zu zahlen haben.

§ 18. Die Lieferungsverbände haben den Krankenkassen, den Arbeitgebern und der See-Berufsgenossenschaft die Aufwendungen an Wochenhilfe zu erstatten, welche diese für die Zeit nach dem Inkrafttreten dieser Bekanntmachung den danach Berechtigten gemäß § 17 leisten, Wochengeld jedoch nur, soweit es die satzungsmäßige Höhe übersteigt.

Für Sachleistungen gemäß § 17 Abs. 3 ist in jedem Einzelfall als einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1) der Betrag von fünfundzwanzig Mark und als Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden (§ 8 Abs. 1 Nr. 3) der Betrag von zehn Mark zu erstatten.

§ 19. Die Gemeindebehörden haben die Kommissionen der Lieferungsverbände auf deren Verlangen bei der für Gewährung des Stillgeldes nötigen Überwachung zu unterstützen.

§ 20. Das Reich erstattet den Lieferungsverbänden vierteljährlich nach näherer Bestimmung des Reichskanzlers alle Aufwendungen für die Leistungen, die sie nach diesen Vorschriften zu machen haben.

§ 21. Diese Vorschriften treten mit dem Tage ihrer Verkündung in Kraft.

Wöchnerinnen, die vor dem Tage des Inkrafttretens dieser Bekanntmachung entbunden worden sind, erhalten vom genannten Tage ab das Wochengeld auf acht und das Stillgeld auf zwölf Wochen, jedoch in beiden Fällen abzüglich der zwischen dem Tage der Niederkunft und dem des Inkrafttretens liegenden Zeit.

Der Bundesrat behält sich vor, den Zeitpunkt des Außerkrafttretens der vorstehenden Vorschriften zu bestimmen.

Anmerkung: Die Verkündung der Verordnung ist erfolgt durch Ausgabe der Nr. 127 des Reichs-Gesetzblatts in Berlin am 9. Juli 1917. Mit diesem Tage also ist die Verordnung in Kraft getreten (§ 21).

Kriegswochenhilfe für das uneheliche Kind eines aus dem Heeresdienst entlassenen Kriegsteilnehmers.

Bescheid des **Reichskanzlers** v. 5. Mai 1917 (HMBl. S. 182).

Der Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen hat sich mit folgender Vorstellung an den Reichskanzler gewandt: Nach § 3 der Bundesratsverordnung vom 23. April 1915 wird Wochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers der in § 1 der Verordnung bezeichneten Art geleistet, wenn das Kind auf Grund des Gesetzes vom 4. August 1914 unterstützt wird. Es mehren sich jetzt die Fälle, in denen derartige Väter unehelicher Kinder, die Kriegsteilnehmer gewesen sind, infolge einer Verwundung wegen dauernder Invalidität aus dem Heeresdienst entlassen werden. Es entsteht daher die Frage, ob auch in einem solchen Falle der Anspruch auf Reichswochenhilfe begründet ist. Zwar ist der Kriegsteilnehmer an der Weiterleistung der Kriegsdienste oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch die Verwundung verhindert; die andere Voraussetzung jedoch, daß das Kind auf Grund des Gesetzes vom 4. August 1914 unterstützt wird, ist infolge der Entlassung aus dem Heeresdienste nicht mehr gegeben. Aus dieser Fassung des § 3 ergibt sich eine vermutlich nicht gewollte Benachteiligung der unehelichen Kinder, denn es dürfte nicht zweifelhaft sein, daß die Ehefrau eines wegen Invalidität entlassenen Kriegsteilnehmers Anspruch auf Reichswochenhilfe hat. Mit § 3 der Verordnung war aber doch die Gleichstellung der unehelichen Kinder mit den ehelichen aus Gründen der Bevölkerungspolitik beabsichtigt.

Wir bitten daher um Auskunft, ob in dem vorliegenden Falle ein Anspruch an den Lieferungsverband besteht. . .

Hierauf ist folgender Bescheid ergangen:

§ 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 macht die Gewährung der Wochenhilfe an die unehelichen Kinder von Kriegsteilnehmern von der Gewährung der Mannschaftsunterstützung hauptsächlich aus dem Grunde abhängig, daß auf diese Weise ein leicht erkennbares Merkmal für die Vaterschaft des Kriegsteilnehmers geboten ist. Dieses Merkmal ist auch dann noch gegeben, wenn der Kriegsteilnehmer infolge von Verwundung oder Krankheit aus dem Kriegsdienst ausgeschieden und an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit behindert ist, sofern die Unterstützung bis zum Zeitpunkte des Ausscheidens ge-

Digitized by Google

währt worden ist. Die Gewährung der Wochenhilfe in solchen Fällen entspricht daher der Absicht der Bundesratsverordnung, und ich würde trotz der in dieser Beziehung nicht völlig zweifelsfreien Wortfassung des § 3 a. a. O. gegen Entscheidungen der Lieferungsverbände, die in diesem Sinne ergehen, meinerseits keine Bedenken geltend zu machen haben. Allerdings soll die Gewährung der Mannschaftsunterstützung zugleich als Beweis dafür dienen, daß Mutter und Kind bedürftig sind. Die Fortdauer des letzteren Zustandes wird aber dann, wenn die Unterstützung nur wegen des Ausscheidens des Vaters aus dem Kriegsdienst eingestellt ist, in der Regel unbedenklich angenommen werden können. Wegen entsprechender Mitteilung an die Lieferungsverbände habe ich das erforderliche veranlaßt.

Anspruch der Ausländerinnen auf Kriegswochenhilfe nach § 8 der Verordnung vom 3. Dezember 1914.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Juni 1917 (II a K. E. 21/17).

Es handelt sich um die grundsätzliche Frage, ob auch Ausländerinnen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 8 der erwähnten Verordnung des Bundesrats vom 3. Dezember 1914 haben. § 8 schreibt vor, daß den gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 RVO., nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 der Verordnung haben, ihre Kasse, auch wenn die Satzung solche Mehrleistungen nicht vorsieht, während der Dauer des Krieges die im § 3 Nr. 1, 3 und 4 bezeichneten Leistungen — Entbindungskostenbeitrag, Unterstützung bei Schwangerschaftsbeschwerden und Stillgeld in dem dort festgesetzten Umfang — aus eigenen Mitteln zu gewähren hat. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung wird kein Unterschied zwischen deutschen Versicherten und solchen gemacht, die Angehörige fremder Staaten sind. Auch ihr Zweck rechtfertigt keine derartige Unterscheidung. Richtig ist, daß die Gewährung der Wochenhilfe aus Reichsmitteln nach der Verordnung des Bundesrats vom 3. Dezember 1914 von dem Gedanken getragen wird, daß im Hinblick auf die gewaltigen Opfer an Menschenleben, die der Krieg fordert, vorsorglich auf die Erhaltung und Kräftigung der kommenden Generation schon bei deren Eintritt in das Leben Bedacht genommen werden muß. Es handelt sich dabei um eine besondere Fürsorgemaßregel des Reichs, die naturgemäß an erster Stelle sich den Neugeborenen der Kriegsteilnehmer zuzuwenden hatte, weil diesen durch den Ruf zu den Fahnen die Möglichkeit benommen ist, den Ihrigen selbst mit der nötigen Hilfe beizustehen. Die Reichswochenhilfe, die kein Ausfluß der Krankenversicherung, sondern dieser nur aus Zweckmäßigkeitsgründen angegliedert ist, stellt sich also als eine Maßregel zur Sicherung und Kräftigung des deutschen Nachwuchses dar. Das kommt schon dadurch zum Ausdruck, daß nach § 1 a. a. O. Voraussetzung für den Bezug der Leistungen die Beteiligung des Ehemannes an den Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten des Reiches bildet. Damit ist die Gewährung der Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs an Ausländerinnen regelmäßig ausgeschlossen. Anders liegt die Sache bei den Leistungen nach § 8 a. a. O., welche die Krankenkassen aus eigenen Mitteln gewähren müssen. Für die Einfügung des § 8 war zugleich maßgebend, daß Wöchnerinnen, die selbst Kassenmitglieder, aber nicht Ehefrauen von Kriegsteilnehmern sind, es notwendig als unbillig empfinden würden, wenn ihnen, nachdem die Kassenleistungen durch das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337, Amtl. Nachr. 1914 S. 623) allgemein auf die Regelleistungen herabgesetzt worden sind, trotz eigener Beitragszahlung Leistungen vorenthalten blieben, die jenen nicht selbst Beiträge leistenden und der Krankenversicherung ferner stehenden Ehefrauen von Kriegsteilnehmern zugute kommen (zu vgl. Bescheid des Reichsamts des Innern, veröffentlicht in den Mitteilungen des allgemeinen Verbandes Deutscher Landkrankenkassen 1917 S. 40, Bescheid des Königl. Preuß. Min. für Handel und Gewerbe vom 19. Januar 1915, abgedruckt in ArbVers. 1915 S. 178). § 8 soll also einen Ausgleich bilden zugunsten der Personen, die selbst versichert sind, den Voraussetzungen des § 1 der Verordnung aber nicht genügen. Es liegt kein Grund vor, diese Erwägungen nicht Platz greifen zu lassen bei Ausländerinnen, die infolge versicherungspflichtiger Tätigkeit im Inland oder freiwillige Kassenmitglieder geworden sind. Sie haben die gleichen Beiträge zu entrichten wie Inländerinnen, die durch das bezeichnete Reichsgesetz vom 4. August 1914 für die Dauer des Krieges einheitlich auf 4½ v. H. des Grundlohnes festgesetzt sind. Folgerichtig müssen ihnen auch die gleichen Leistungen zugebilligt werden. Eine Abweichung zuungunsten von Ausländerinnen wäre nur zulässig, wenn es sich um besondere Leistungen handelte, die ausgesprochenermaßen nur deutschen Wöchnerinnen zugute kommen sollten. Das ist aber nach dem Dargelegten bei den Leistungen des § 8 a. a. O. nicht der Fall. Sie sind eine Maßregel der Krankenversicherung selbst. Mögen sie für die Dauer des Krieges gesetzliche Regelleistungen der Kassen geworden sein (so Krause in der „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 144) oder Mehrleistungen, die vorübergehend Zwangsnatur erhalten haben (so Nachsatz der Schriftleitung zu dem Aufsatz von Krause a. a. O. S. 145, zu vgl. auch Entsch. d. RVA. 2250, Amtl. Nachr. 1916 S. 632), so sind sie doch jedenfalls Pflichtleistungen der Kassen in Ergänzung der Regel-

Digitized by Google

leistung der Reichsversicherungsordnung. § 3 der Verordnung enthält daher eine Ergänzung und Erweiterung der durch das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 eingeschränkten Leistungen der Reichsversicherungsordnung und der Kassensatzung an Wochenhilfe (ebenso Sonderhoff in ArbVers. 1915 S. 1 ff., insbesondere S. 8). Die Leistungen auf Grund des § 8 sind Leistungen der Reichsversicherung. Deshalb kann von der Regel, die auf dem Gebiet der Arbeiterversicherung, abgesehen von den in dem Gesetz selbst vorgesehenen Ausnahmen, gilt, daß Ausländer als Versicherte den Inländern gleich zu behandeln sind, auch hier nicht abgewichen werden. Vielmehr führt Wortlaut, Zweck und Zusammenhang der Bestimmung dazu, die Leistungen nach § 8 Kassenmitgliedern nicht deshalb vorzuenthalten, weil sie Ausländer sind (ebenso Krause, Kriegswochenhilfe Anm. 5 zu § 8 a. a. O., Hoffmann, Die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung, Anm. 1 zu § 8 a. a. O.; anderer Meinung: „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 117 und 145, 1917 S. 82). Ob das gleiche hinsichtlich der Angehörigen feindlicher Staaten gelten muß oder ob insoweit im Hinblick auf die für diese geltenden besonderen Vorschriften eine Ausnahme zu machen ist (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 143 Ziff. 6), konnte vorliegend dahingestellt bleiben, da es sich hier um die Angehörigen eines neutralen Staates handelt.

Versicherungsrechtliche Stellung der zu einer Genossenschaft vereinten Handwerksmeister.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Juni 1917.

Vorbehaltlich der Entscheidung im Rechtsmittelzuge nimmt das Reichsversicherungsamt an, daß selbständige Handwerksmeister nicht dadurch krankenversicherungspflichtige Hausgewerbetreibende im Sinne des § 2 der Verordnung des Bundesrats über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49, Amtl. Nachr. 1915 S. 325) werden, daß sie sich Rohstoff- oder sonstigen Genossenschaften anschließen, die Arbeiten für die Heeresverwaltung übernehmen und von ihren Mitgliedern ausführen lassen. Das Reichsversicherungsamt ist bisher im allgemeinen davon ausgegangen, daß selbständige Gewerbetreibende, die regelmäßig nur für ihre eigene Rechnung arbeiten, nicht schon dadurch zu Hausgewerbetreibenden werden, daß sie nebenbei oder vorübergehend im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender tätig sind. An diesem Rechtszustand hat § 2 der Verordnung vom 28. Januar 1915 offenbar nichts ändern wollen. Danach gelten als Hausgewerbetreibende im Sinne der statutarischen Bestimmungen, die auf Grund des § 3 des Gesetzes, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 628) erlassen worden sind oder noch erlassen werden, auch die, welche in gleicher Weise wie Hausgewerbetreibende (§ 162 RVO.), aber mit der Maßgabe tätig sind, daß sie nicht für andere Gewerbetreibende, sondern im Auftrag und für Rechnung des Reiches, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, anderer öffentlicher Verbände oder öffentlicher Körperschaften oder von Wohltätigkeitsveranstaltungen, wie vom Roten Kreuz, vom Vaterländischen Frauenverein und dergleichen, arbeiten. Voraussetzung für die Anwendung der Vorschrift ist also, daß die betreffenden Personen in gleicher Weise wie Hausgewerbetreibende (§ 162 RVO.) tätig sind. Insoweit ist an dem Begriff des Hausgewerbetreibenden im Sinne der Reichsversicherungsordnung unverändert festgehalten. Eine Erweiterung soll lediglich insofern eintreten, als von dem Erfordernis abgesehen wird, daß die Beschäftigung „für andere Gewerbetreibende" stattgefunden hat. Es soll genügen, wenn Auftraggeber einer der in § 2 a. a. O. aufgeführten Stellen ist, die regelmäßig nicht Gewerbetreibende sind. In den Kreis der Hausgewerbetreibenden wird also die große Zahl der Personen einbezogen, die während des Krieges im Dienste der Heeresverwaltung, des Roten Kreuzes oder einer der anderen in § 2 a. a. O. bezeichneten Stellen die Tätigkeit eines Hausgewerbetreibenden ausüben, den Voraussetzungen des § 162 RVO. aber nur deshalb nicht genügen, weil der Auftraggeber nicht Gewerbetreibender ist. Nicht dagegen will § 2 a. a. O. den Begriff des Hausgewerbetreibenden auf selbständige Gewerbetreibende ausdehnen, die ihrer Tätigkeit nach bisher nicht Hausgewerbetreibende waren. Übrigens werden selbständige Handwerksmeister als Mitglieder von Rohstoff- und ähnlichen Genossenschaften zwar „im Auftrag", im allgemeinen aber nicht „für Rechnung" jener Stellen arbeiten. Hierzu kommt, daß derartige Genossenschaften, die lediglich den Erwerbszwecken ihrer Mitglieder dienen, nicht zu den in § 2 a. a. O. erwähnten öffentlichen Verbänden und Körperschaften und regelmäßig auch nicht zu den dort genannten Wohltätigkeitsveranstaltungen zu rechnen sind.

Auch bei selbstverschuldeter Dringlichkeit darf nach § 368 RVO. die Bezahlung des anderen Arztes nicht abgelehnt werden.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 6. März 1917 (2333 Amtl. Nachr. 1917 S. 441).

Das Urteil beruht aber auch auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechts. Wie das Oberversicherungsamt zutreffend ausführt, lag bei der Zuziehung des Dr. S. ein dringender Fall vor. Die

Digitized by Google

Klägerin war nach den Feststellungen des Dr. S. so schwer erkrankt, daß sie nicht imstande war, selbst den Arzt aufzusuchen, und bedurfte sofortiger ärztlicher Behandlung. Der von ihr angegangene Kassenarzt Dr. H. hatte die Behandlung verweigert. In solchen dringenden Fällen darf die Kasse gemäß § 368 RVO. die Bezahlung des hinzugezogenen Arztes nicht ablehnen. Auch ist in einem derartigen Falle der Versicherte, sofern die Kassensatzung eine Bestimmung nach § 369 Satz 3 RVO. enthält, befugt, den Arzt ohne Zustimmung des Kassenvorstandes zu wechseln (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 3 zu § 369). Der Ansicht des Oberversicherungsamts, daß jene Verpflichtung der Kasse dann nicht gegeben sei, wenn der Versicherte die Dringlichkeit des Falles durch sein Verhalten verschuldet habe, kann nicht beigetreten werden. Eine solche Einschränkung des § 368 ist im Gesetze nicht vorgeschrieben (zu vgl. Hahn a. a. O. Anm. 2b zu § 368 RVO.). Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung haben die Krankenkassen ihren Mitgliedern Krankenpflege unabhängig davon zu gewähren, ob das Leiden oder seine Verschlimmerung von dem Versicherten verschuldet ist, und ob die Versicherten gegen die Krankenordnung oder gegen ärztliche Vorschriften verstoßen haben. Selbst in den Fällen des § 192 RVO., insbesondere bei vorsätzlicher Zuziehung der Krankheit, kann nicht die Krankenpflege, sondern nur das Krankengeld verweigert werden. Zur Krankenpflege gehört die ärztliche Behandlung (§ 182 Nr. 1), die in dringenden Fällen auch durch einen anderweit hinzugezogenen Arzt gewährt werden muß. Die Beklagte würde also von ihrer Verpflichtung zur Bezahlung der entstandenen Arztkosten selbst dann nicht befreit sein, wenn die Klägerin durch ihr Verhalten die Verschlimmerung ihrer Krankheit herbeigeführt hätte und dieses Verhalten ein Verschulden darstellte. Es bedarf sonach keiner Prüfung, ob für diese beiden vom Oberversicherungsamte getroffenen Feststellungen überhaupt irgendwelcher Anhalt gegeben ist. Vielmehr war die Beklagte unter Aufhebung des angefochtenen Urteils und der Vorentscheidung des Versicherungsamts zur Bezahlung der durch die Behandlung des Sanitätsrats Dr. S. entstandenen Kosten, deren Höhe nicht beanstandet ist, im vollen Betrage von 59 ℳ zu verurteilen.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Übergang des Anspruchs auf Knappschaftspension im vollen Betrage auf den Armenverband.

Rev. Entsch. des **preuß. Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten** v. 14. November 1916 (P. 213/16).

Der von dem beklagten Knappschaftsverein seit dem 28. Januar 1914 mit einer Pension von monatlich 33,25 ℳ invalidisierte Bergmann A. ist von dem Kläger, dem Ortsarmenverband in S. in der Zeit vom 18. Mai bis zum 1. Juli 1914 durch Gewährung von Krankenhauspflege, Lebensmitteln und Zahlung von Mietsbeihilfen in Beträgen von zusammen 65,10 ℳ unterstützt worden. Der Kläger hat vom Beklagten nach § 62 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz die Erstattung dieser Ausgabe bis zu der dem A. für dieselbe Zeit zustehenden Invalidenpension von 49,34 ℳ beansprucht. A. hat der Auszahlung seiner Pension an den Kläger zum Betrage von 39,30 ℳ zugestimmt, wegen des Restes von 10,04 ℳ aber widersprochen.

Der Beklagte hatte zunächst den Erstattungsanspruch des Klägers in voller Höhe abgelehnt. Auf die vom Kläger eingelegte Berufung hat er den Anspruch zur Hälfte anerkannt und beantragt, den Kläger wegen des Mehrbetrages abzuweisen. Durch das Urteil des Knappschafts-Oberversicherungsamts ist der Beklagte verurteilt worden, dem Kläger die Invalidenpension des A. für die Zeit vom 18. Mai bis einschließlich 30. Juni 1914 im Betrage von 49,34 ℳ auszuzahlen.

Gegen dieses Urteil hat der Beklagte Revision eingelegt und beantragt, den Kläger unter Aufhebung des angefochtenen Urteils wegen Unzuständigkeit der knappschaftlichen Schiedsgerichte abzuweisen. Er hat ausgeführt: Der Kläger könne seinen Anspruch nicht auf die Vorschrift des § 62 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz gründen. Für Ersatzansprüche der Ortsarmenverbände seien gemäß Artikel 4 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung ausschließlich die Vorschriften der §§ 1531—1537 und 1506 der RVO. gemäß §§ 119 und 499 desselben Gesetzes maßgebend. Deshalb habe der Kläger nach § 1506 a. a. O. nur den Anspruch auf Überweisung der Hälfte der Invalidenpension; es seien auch die knappschaftlichen Schiedsgerichte nicht zuständig.

Die Revision ist zurückgewiesen worden. — Gründe:

I. In dem angefochtenen Urteil ist die Einrede der Unzuständigkeit mit Recht zurückgewiesen. Der Kgl. Gerichtshof zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte hat in dem Rechtsstreite des Ortsarmenverbandes in L. gegen den Oberschlesischen Knappschaftsverein durch Urteil vom 13. Juni 1914 (Kompaß 1914 S. 305) grundsätzlich angenommen, daß die knappschaftlichen Schiedsgerichte gemäß § 70 Abs. 2 des Knappschaftsgesetzes zur Entscheidung über Ansprüche ausschließlich zuständig sind, die von Ortsarmenverbänden nach § 62 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz gegen einen Knappschaftsverein auf die dem Unterstützten von diesem zu gewährenden Leistungen erhoben werden können.

II. Auch der sachlichen Entscheidung ist zuzustimmen. Sie ist damit begründet, daß die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung für diesen

Digitized by Google

Ersatzanspruch deshalb nicht gelten, weil im § 1544 derselben nur für die Leistungen der knappschaftlichen Krankenkassen, nicht auch für die der Pensionskassen die entsprechende Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung vorgeschrieben sei. Deshalb ist der § 62 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz als entscheidender Rechtssatz angesehen worden.

Die Angriffe des Beklagten sind unbegründet.

Allerdings treten nach Art. 104 EinfGes. zur RVO. deren Vorschriften an die Stelle solcher anderer Gesetze, die in die Reichsversicherungsordnung übernommen, darin geändert oder aufgehoben sind. Die Vorschrift des § 62 a. a. O. ist aber an keiner Stelle der Reichsversicherungsordnung aufgehoben oder abgeändert, soweit es sich um den Ersatz der Leistungen der Armenverbände aus den dem Unterstützten von den Knappschaftspensionskassen zu gewährenden Leistungen handelt. Nur der Ersatz der Leistungen der Armenverbände aus den dem Unterstützten zustehenden knappschaftlichen Krankenkassenleistungen ist durch die Reichsversicherungsordnung anders wie im § 62 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz und im § 57 des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883/18. April 1892 und 25. Mai 1902 geordnet.

Nach § 1544 der RVO. gelten die Vorschriften der §§ 1531 bis 1533, 1539 bis 1542 auch für die knappschaftlichen Krankenkassen. Deshalb hat der unterstützende Armenverband nach §§ 1531 und 1533 Ziff. 3 in Verbindung mit §§ 1506 und 1507 den Anspruch auf Ersatz regelmäßig nur bis zum halben Betrage des Krankengeldes und ähnlicher Leistungen laufender Art, bis zum vollen Betrage nur in den in den §§ 1506 und 1507 genannten besonderen Fällen. Freilich beschränkt die Reichsversicherungsordnung die unterstützenden Armenverbände im § 1536 in gleicher Weise gegenüber den Ansprüchen auf die Leistungen der reichsrechtlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Diese Beschränkung ist aber nirgends auf das Verhältnis der Ersatzansprüche der Armenverbände zu den Ansprüchen der Unterstützten gegen die Knappschaftspensionskassen auf die Leistungen der knappschaftlichen Invalidenversicherung übertragen. Im § 1544 sind diese Kassen nicht erwähnt; die entsprechende Anwendung des § 1536 auf die Leistungen dieser Kassen ist nicht angeordnet.

Auch aus den Bestimmungen der §§ 119 und 499 der RVO. ist der Grundsatz nicht abzuleiten, daß den Armenverbänden Ersatz nur aus der Hälfte der knappschaftlichen Pensionskassenleistungen zustände. § 119 läßt in Ziffer 3 die rechtswirksame Übertragung, Verpfändung und Pfändung der Ansprüche der nach der Reichsversicherungsordnung Versicherten wegen der Forderungen der nach § 1531 ersatzberechtigten Armenverbände nur in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche zu. Er bestimmt nur das zulässige Maß, die zulässige Höhe bei einer freiwilligen Übertragung oder Verpfändung, einer zwangsweisen Übertragung oder Pfändung. Die Vorschrift ordnet auch nur das Verhältnis der ersatzberechtigten Armenverbände zu den den Versicherten nach der Reichsversicherungsordnung zustehenden Ansprüchen. Freilich ist im § 499 bestimmt, daß die Vorschriften des § 119 wegen Übertragung, Verpfändung und Pfändung und die des § 223 Abs. 2 und 3 wegen der Aufrechnung der Versicherungsansprüche auch für alle Leistungen gelten, die den Knappschaftsvereinen oder Knappschaftskassen nach der Reichsversicherungsordnung oder den Landesgesetzen, also auch den Knappschaftsgesetzen obliegen. Mit dieser Vorschrift ist die Gleichstellung der bei den Knappschaftsvereinen oder -kassen Versicherten mit den nach der Reichsversicherungsordnung Versicherten beabsichtigt, aber auch nur, soweit es sich um die Übertragbarkeit der Ansprüche auf die Versicherungsleistungen durch freiwillige oder zwangsweise Veräußerung und Verpfändung und um Aufrechnung handelt.

Die Übertragung der Ansprüche im Wege der Ersatzübertragung, des Übergangs kraft Gesetzes (sogenannte cessio legis) ist dadurch nicht berührt. Hierfür sind die besonderen Vorschriften im zweiten Abschnitte des fünften Buches der Reichsversicherungsordnung (Beziehungen zu anderen Verpflichteten) maßgebend. Dort ist aber in den obenerwähnten Vorschriften der §§ 1544, 1531 bis 1533, 1539 bis 1549 nur das Rechtsverhältnis der Ansprüche der unterstützenden Armenverbände zu den Ansprüchen der Unterstützten gegen die knappschaftlichen Krankenkassen geordnet. Für das Verhältnis jener Verbände zu den Ansprüchen gegen die knappschaftlichen Pensionskassen gelten daher die bisherigen Rechtsvorschriften, also die des § 62 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz, wonach der Armenverband wegen der von ihm gewährten Unterstützung Ersatz aus den dem Unterstützten von der Knappschaftspensionskasse zu gewährenden Leistungen beanspruchen kann. Kraft dieses Grundsatzes geht der Anspruch des Unterstützten gegen die Pensionskasse auf den Armenverband bis zum gesetzlichen oder satzungsmäßigen Betrag der Pensionskassenleistungen über.

Von dem gleichen Grundsatz ist übrigens der Kgl. Gerichtshof zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte in dem oben zu I erwähnten Urteil ausgegangen. Er nimmt im Anschlusse an die Geschichte der Entstehung des § 62 a. a. O. in Übereinstimmung mit dem Urteile des Reichsgerichts vom 23. Dezember 1909 (Entsch. in Zivils. Bd. 72 S. 334 ff., bes. 338) an, daß durch § 62 die Ansprüche des unterstützten Hilfsbedürftigen gegen Dritte im Wege der sogenannten „cessio legis", zu deutsch „Übergang kraft Rechtssatzes", auf den unterstützenden Armenverband übertragen werden.

Digitized by Google

Auch in das Knappschaftsgesetz sind die den Ersatz aus den Leistungen der Invalidenversicherung dem Umfange nach einschränkenden Grundsätze der §§ 1536, 1506 und 1507 der RVO. nicht übernommen worden, wohl gemäß dem Grundsatz des § 499 die der §§ 119 und 223 Abs. 2 und 3 in den § 35. Dadurch werden aber ebensowenig wie nach den übernommenen Grundsätzen die Rechte der Armenverbände aus § 62 des Reichsges. über den Unterstützungswohnsitz berührt. („Kompaß".)

Sprechsaal.

Invalidenrente oder Krankenrente für die Kriegsverletzten?

Nach § 1255 der RVO. erhält Invalidenrente der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd invalide ist, und zwar vom Tage des Eintritts dieses Zustandes an. Die Rente erhält aber auch der Versicherte, der nicht dauernd invalide ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist, für die weitere Dauer der Invalidität (Krankenrente). Der wesentlichste Unterschied zwischen der Invaliden- und Krankenrente liegt im Zeitpunkt des Beginns der Rente. Die Landesversicherungsanstalten gewähren, wie auch die Statistik beweist, für die Kriegsverletzten fast ausschließlich nur die Krankenrenten. So verminderte sich im ganzen Reiche die Zahl der festgesetzten Invalidenrenten von 134 159 im Jahre 1913 auf 130 618 im Jahre 1914 und 107 808 im Jahre 1916. Dagegen vermehrte sich in den gleichen Zeiten die Zahl der festgesetzten Krankenrenten von 11 806 auf 11 998 und 83 399. Dadurch erhöhte sich die Zahl der laufenden Krankenrenten von 27 709 am 1. Januar 1916 auf 64 858 am 1. Januar 1917.

Das Oberversicherungsamt M. hatte in einer Anzahl von Fällen die Frage zu entscheiden, ob auch bei dem glatten Verlust eines Beines im Oberschenkel eines Kriegsbeschädigten nur „vorübergehende" Invalidität vorliegt. Für eine solche Verletzung wird in der Unfallversicherung und der Kriegsverletztenversorgung in der Regel eine Erwerbsbeschränkung von 70 bis 80 v. H. angenommen. Da es sich bei der Frage, ob bei dem Verlust eines so wichtigen Körpergliedes dauernde oder vorübergehende Invalidität anzunehmen ist, „um die noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handele", so übergab das Oberversicherungsamt eine Sache gemäß § 1696 der Reichsversicherungsordnung dem Reichsversicherungsamt zur Erledigung. Dieses kann aber durch Entscheidung vom 6. Februar 1917 (II a 1949/16) zu dem Ergebnis, daß es sich hier gar nicht um die Auslegung einer Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Zu entscheiden sei lediglich, ob bei einem Körperschaden, wie dem vorliegenden, die Invalidität als vorübergehend oder dauernd anzusehen ist. Das sei aber davon abhängig, welche Grundsätze bei der Abgrenzung der beiden Begriffe „vorübergehend" und „dauernd" anzuwenden sind. Darüber habe sich aber das Reichsversicherungsamt in wiederholten Entscheidungen erschöpfend ausgesprochen. Seien sie auch unter dem alten Recht ergangen, so fänden sie doch jetzt noch Anwendung. Nach ihnen ist die Invalidität vorübergehend, wenn nach vernünftigem menschlichen Ermessen die Aussicht besteht, daß die Invalidität in absehbarer Zeit wieder wegfällt, und sie ist dauernd, wenn eine solche Aussicht nicht besteht. Dabei hat sich das von der Wahrscheinlichkeit des einen oder anderen abhängige Ermessen besonders auf die allgemeine Erfahrung und auf die Voraussage ärztlicher, auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung bewanderter Sachverständiger zu stützen, zugleich unter Berücksichtigung des Lebensalters des Versicherten, seines sonstigen körperlichen Zustandes usw. Das Reichsversicherungsamt gab daher die Sache an das Oberversicherungsamt zurück.

Letzteres hat daraufhin die aufgeschobenen Fälle verschieden erledigt. Ein Kläger, der z. B. nicht nur das Bein verloren hat, sondern auch noch schwerhörig geworden ist, bekam die Invalidenrente zugebilligt. In einigen Fällen blieb es bei der Krankenrente. Das Oberversicherungsamt schloß sich den Ausführungen des Vertreters der Landesversicherungsanstalt an, nach dem sich die Kriegsverletzten, die meist sehr junge Leute sind, dem neuen Zustand sehr schnell anpassen. Sie hätten meist sehr schnell einen neuen Erwerb ergriffen, bei dem sie weit mehr wie ein Drittel ihres früheren Arbeitsverdienstes erzielten. In gleicher Weise ist auch schon verfahren worden bei dem Verlust eines Armes.

Es muß bemerkt werden, daß hier die Rechtsprechung schon vor dem Kriege die gleiche war und eine Verschlechterung nicht eingetreten ist. Diese Behandlung der Frage nach den Verhältnissen des einzelnen Falles hat auch ihre Vorteile. Es wird dadurch z. B. erreicht, daß ganz junge Kriegsteilnehmer, die den Verlust eines Beines oder eines Armes zu beklagen haben, die aber bis zum Eintreten ihrer schweren Verstümmelung entweder überhaupt noch keine Invalidenmarken verwendet oder die Anwartschaft noch nicht erfüllt hatten, bei Aufnahme von Beschäftigung als versicherungspflichtig galten (was bei Annahme dauernder Invalidität nicht der Fall gewesen wäre) und sie hierdurch ihre Anwartschaft erfüllen und bei Hinzutritt weiterer Leidenszustände neben der Verstümmelung noch die Invalidenrente erhalten konnten. Erkennt man aber einen Kriegsverletzten mit dem Verlust eines Beines grundsätzlich als invalide an, so hätte diese Möglichkeit gefehlt. Es ist schon vorgekommen, daß man ganz Blinde für invalidenversicherungspflichtig gehalten hat, die in der Korbmacherei beschäftigt waren, um ihnen die Möglichkeit zur Erwerbung von Anwartschaften auf die Leistungen der Versicherung zu geben.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Merkblatt, betreffend besondere Rechte der Kriegsteilnehmer bei der Krankenversicherung.

Im Einvernehmen mit dem Kgl. Sächsischen Landesversicherungsamt weist die Stiftung Heimatdank für das Königreich Sachsen die Kriegsteilnehmer durch folgendes Merkblatt auf die ihnen bei der Krankenversicherung zustehenden besonderen Rechte hin:

Durch Leistung von Kriegsdiensten (militärischen, Sanitäts- und ähnlichen Diensten) sollen die Versicherten in der Anwartschaft aus der Krankenversicherung nicht geschädigt werden.

Deshalb ist die Kriegsdienstzeit durch besondere gesetzliche Bestimmungen geschützt worden.

I. Dieser Schutz kommt zunächst denen zugute, die nach beendetem Kriegsdienste sich von vornherein zur freiwilligen Mitgliedschaft melden.

1. Es wird durch § 3 des Notgesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 334) Versicherungsberechtigten, deren Mitgliedschaft wegen nicht pünktlicher Beitragszahlung (§ 314 Abs. 1 RVO.) erloschen ist, das Recht gewährt, binnen sechs Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat in die Krankenversicherung wieder einzutreten. Hierdurch wird solchen Kriegsteilnehmern, die schon vor oder nach Kriegsbeginn der Kasse als freiwillige Versicherte angehörten, das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung bei ihrer Kasse gesichert.

2. Die zahlreicheren Fälle, in denen bis zum Kriegsbeginn Pflichtversicherung bestand und von der Weiterversicherung noch kein Gebrauch gemacht wurde, sind durch § 1 der Bundesratsbekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) in gleicher Weise geregelt worden.

In keinem dieser Fälle unter 1. und 2. hat die Krankenkasse das Recht, die sich freiwillig meldenden Kriegsteilnehmer ärztlich untersuchen zu lassen. Auch für Krankheiten, die beim Wiedereintritt in die Versicherung bereits bestanden haben, besteht der Anspruch auf die satzungsmäßigen Kassenleistungen. (§ 1 der Bundesratsbekanntmachung vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279), durch den der entgegenstehende § 1 Abs. 2 der Bundesratsbekanntmachung vom 28. Januar 1915 aufgehoben worden ist.)

II. Auch diejenigen Kriegsteilnehmer, die nach der Rückkehr in die Heimat zunächst wieder in eine versicherungspflichtige Beschäftigung eintreten, werden geschützt.

1. Wenn solche Personen Pflichtmitglieder einer Kasse geworden, aber aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung wieder ausscheiden, so ist an sich ihr Recht zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung nach § 313 RVO. nur dann gegeben, wenn sie vor dem Ausscheiden „auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert" waren. Zugunsten dieser zeitlichen Voraussetzung wird die nach § 2 Abs. 1 der Bundesratsbekanntmachung vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) die Zeit des Kriegsdienstes auf die Zeit vor dem Ausscheiden aus der Versicherung nicht angerechnet und also die Zeit vor dem Eintritt in den Kriegsdienst und die Zeit nach der Rückkehr in die Heimat zusammengerechnet, so daß sich die gesetzliche zwölfmonatige und sechswöchige Frist um die Zeit des Kriegsdienstes verlängert.

2. Ebenso wird zum Vorteile der Versicherten dem Umstande Rechnung getragen, daß sie vielleicht nicht sofort nach der Rückkehr in die Heimat beständige Arbeit finden. Deshalb wird nach § 2 Abs. 2 der Bundesratsbekanntmachung vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) eine Frist bis zu sechs Wochen, während deren Erwerbslosigkeit bestand, für die Zeit vor dem Ausscheiden aus der Versicherung in gleicher Weise unberücksichtigt gelassen wie die Zeit des Kriegsdienstes selbst, und dabei wird nicht verlangt, daß die sechs Wochen der Erwerbslosigkeit sich unmittelbar und ununterbrochen an die Zeit des Kriegsdienstes anschließen.

III. Ebenso wie nach § 313 RVO. das Recht der freiwilligen Weiterversicherung, ist nach § 214 RVO. der Anspruch auf Kassenleistungen beim Ausscheiden der Versicherten wegen Erwerbslosigkeit, der dann verbleibt, „wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintritt", an sich von einer vorangegangenen Versicherung von gleicher Mindestdauer abhängig. Um die Kriegsteilnehmer auch insoweit vor Schaden zu bewahren, gilt nach § 2 Abs. 1 und 2 der Bundesratsbekanntmachung vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) für die Berechnung dieser Versicherungszeit das gleiche wie unter Punkt II.

Neuer Streit zwischen Krankenkassen und Ärzten.

Seit langer Zeit kriselt es wieder einmal ernstlich zwischen Krankenkassen und Ärzten. Der Anlaß ist diesmal von besonderer Art und kennzeichnet die Spannung und das Mißtrauen, die zwischen den beiden Lagern bestehen. Die Ärzte klagen dauernd über unzulängliche Bezahlung ihrer Dienste; die Kassen halten diese Beschwerde für unbegründet und meinen, daß die Bezahlung angemessen, vielfach das Einkommen der Ärzte aus der Kassenpraxis sogar besonders hoch sei. In den Verträgen ist aber meist vorgesehen, daß die Krankenkassen Pauschalsummen an die Ärzteorganisationen zahlen, so daß die Kassen nicht in der Lage sind, mit Sicherheit zu übersehen, wieviel auf den einzelnen Arzt, der für verschiedene Kassen tätig ist, entfällt. Dieses Material will der Hauptvorstand der deutschen Krankenkassen durch eine Statistik erreichen und hat zu diesem Zwecke die einzelnen Krankenkassen aufgefordert, Auskunft über die Gesamteinnahmen der für sie tätigen Ärzte aus der Krankenkassentätigkeit in den Jahren 1913 bis 1916 zu geben. Die Krankenkassen aber haben sich hierüber erst Aufschluß von den einzelnen Ärzten erbitten müssen. Dem treten die Organisationen der Ärzte entgegen. Sie fordern ihre Mitglieder auf, die Auskunft zu verweigern, weil man nicht wisse, zu welchem Zweck die Statistik aufgestellt werden soll. In einem Rundschreiben, das der Hauptvorstand der deutschen Krankenkassen jetzt versendet, wird gegen diese Auffassung Stellung genommen.

Die Ärzte wiederum lassen über den Zweck, den sie mit ihrer Weigerung verfolgen, folgendes verlauten: Die Absicht der Kassen gehe offenbar dahin, durch die Statistik zu erfahren, welche Ärzte durch die Krankenkassen am meisten beschäftigt sind, damit sie sich im Konfliktsfall an diese Ärzte wenden können. Werde ein Arzt von der Krankenkasse stark beschäftigt, sei sein Einkommen in dieser Beziehung hoch, so werde

Digitized by Google

er im Gegensatz zu den minder besoldeten Ärzten ein Interesse daran haben, im Konfliktsfall die Krankenkassen zu stützen. Ein anderer Grund sei vielleicht darin zu suchen, daß die Krankenkassen das Bestreben haben, die Ärzteorganisation nach Möglichkeit zu schwächen. So hätten die Krankenkassen schon den Anspruch gestellt, das Honorar an die Ärzte unmittelbar zu zahlen, während die meisten Ärzte, in Berlin fast alle, ihre Honorierung durch die Ärzteorganisation erfahren. Zahlen die Kassen das Honorar unmittelbar, so hätten sie natürlich die Ärzte in weitgehendster Weise in der Hand.

Geheimer Oberregierungsrat Carl Witowski †.

Der Geheime Oberregierungsrat Witowski, seit 1909 Direktor im Reichsversicherungsamt, ist am 7. Juli d. J. verstorben. Er war in weiten Kreisen, insbesondere bei seinen Amtsgenossen wegen seiner reichen Kenntnisse, seiner vorbildlichen Pflichttreue, seines geraden Sinnes und wegen der Betätigung seiner warmherzigen sozialen Gesinnung hochgeschätzt und beliebt. Über seinen engeren Beruf hinaus hat er sich auch als sozialrechtlicher Schriftsteller sowie als Mitglied des Vorstandes des „Kaiser-Wilhelm-dank" verdienstlich betätigt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Nutzungsberechtigte an Gemeindewaldungen sind nicht versicherungspflichtig.

1. Nach G. Frage: 40 Anwesensbesitzer aus der Gemeinde O. haben je ein Gemeinderecht an dem der Gemeinde gehörigen Gemeindewald. Dieser wird unter Aufsicht des Kgl. Forstamts alljährlich abgeforstet. Die Betriebsleitung hat der Bürgermeister. Mit Gemeindebeschluß wurde vereinbart, daß jeder Gemeinderechtler an der Holzhauerarbeit teilzunehmen habe. Tut er das persönlich nicht, dann hat er auf seine Kosten einen Tagelöhner zu stellen oder für den Tag seiner Nichtdienstleistung einen Betrag von 2 ℳ in die Waldkasse zu bezahlen. Von dem gefällten Holz wird alljährlich eine bestimmte Menge dem Schulhaus und dem Pfarrer überwiesen. Ferner erhält jeder Gemeinderechtler einen Anteil am Holz, während der Rest schließlich veräußert wird. Der Barerlös wird sodann unter die Gemeinderechtler gleichheitlich verteilt. Wir sehen diese Gemeinderechtler, die die Holzhauerarbeiten leisten, als Arbeiter der Gemeinde an, weil sie, soweit sie unter der Leitung des Bürgermeisters arbeiten, ihre wirtschaftliche Selbständigkeit aufgeben. Die Gemeinde bestreitet die Versicherungspflicht mit der Behauptung, die Arbeiten würden im Wege der Hand- und Spanndienste verrichtet und seien versicherungsfrei. Unsere Meinung ist, daß auch Hand- und Spanndienste, wenn solche überhaupt vorliegen sollten, versicherungspflichtig sind.

Antwort: Der Gemeindewald wird gemeinsam von den Gemeinderechtlern in deren Interesse bewirtschaftet. Sie haben den Nutzen von ihm, und zwar erhalten sie zum Teil das Holz selbst, andererseits einen Anteil an dem aus dem Verkauf erzielten Erlös. Allerdings stehen diesen Rechten auch Pflichten gegenüber; aber diese fließen lediglich aus dem Gemeinschaftsverhältnisse. Durch derartige Pflichten verlieren die Beteiligten nicht ihre wirtschaftliche Selbständigkeit und werden nicht zu unselbständigen Arbeitern. Die Gemeinde hat sich als Eigentümerin des Waldes die Leitung der Bewirtschaftung vorbehalten, damit diese einheitlich und zweckmäßig erfolge. Dadurch wird sie nicht zur Arbeitgeberin der Gemeinderechtler. Aus diesen Gründen ist die Versicherungspflicht zu verneinen. Hierbei kann es als unerheblich unberücksichtigt bleiben, ob die Arbeiten der einzelnen Gemeinderechtler öffentlich-rechtlich als Hand- und Spanndienste aufzufassen sind.

Kriegswochenhilfe für die Frau eines vor Kriegsbeginn in den Militärdienst eingetretenen Kriegsteilnehmers.

2. Nach Posen. Antwort: Es ist streitig, wieweit die Frau eines Kriegsteilnehmers, der schon vor dem Kriege in den Militärdienst eingetreten ist, Anspruch auf Kriegswochenhilfe hat gemäß Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914. Die Entscheidung hängt davon ab, wie man die Worte „oder ähnliche Dienste" in § 1 Ziff. 1 auffaßt. Ein Bescheid des Reichskanzlers (ArbVers. 1915 S. 326) und eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts (ArbVers. 1916 S. 36) verstehen darunter auch militärische Dienstleistungen im Frieden. Bei dieser Auslegung ist die Frist, während deren die Versicherung bestanden haben muß (§ 1 Ziff. 2 der Bekanntmachung), vom Eintritt in das militärische Dienstverhältnis ab, nicht erst vom Kriegsbeginn ab rückwärts zu berechnen. Nachdem das Reichsversicherungsamt in diesem Sinne entschieden hat, lag für das Vers.-Amt kein Anlaß vor, die gleiche Auffassung der Kasse zu beanstanden und den Unterstützungsfall in der Erstattungsnachweisung zu streichen. Da die Wöchnerin nicht selbst versichert war, so hat der Lieferungsverband gemäß § 5 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 der Kasse die volle Kriegswochenhilfe zu erstatten, und zwar auch das volle Wochengeld, nicht nur den Betrag, um den dieses die satzungsmäßige Höhe übersteigt. Der Auffassung der Kasse ist demnach beizutreten. Sie kann die Entscheidung des Oberversf.-Amts gemäß § 5 Abs. 3 Bek. vom 3. Dezember 1914 anrufen.

Digitized by Google

Kriegswochenhilfe bei erneuter Erkrankung des Ehemanns infolge der Kriegsbeschädigung. — Zuständige Kasse.

3. Nach Schweinfurt. Frage: Ein Kriegsteilnehmer war innerhalb des Jahres vor seiner am 6. August 1914 erfolgten Einberufung mehr als 26 Wochen krankenversichert und gehörte zuletzt unserer Ortkrankenkasse an. Am 1. Oktober 1916 wurde er wegen Kriegsdienstbeschädigung als dienstunbrauchbar vom Militär entlassen. Er war hierauf vom 5. Oktober 1916 bis 30. März 1917 bei der Feldpost in W. tätig und versicherungspflichtiges Mitglied der Postkrankenkasse. Am 1. April 1917 wurde er wegen erneut aufgetretener Beschwerden durch die erlittene Kriegsdienstbeschädigung im Militärlazarett zu W. aufgenommen. Seine Ehefrau wurde am 4. April 1917 entbunden. Wir bitten um Auskunft, ob die Kriegswochenhilfe durch unsere Kasse zu gewähren ist oder durch die Postkrankenkasse. Diese weigert sich, die Wochenhilfe zu gewähren, weil die nach der Entlassung aus dem Militärdienst aufgenommene versicherungspflichtige Beschäftigung bezüglich der Zahlung der Wochenhilfe belanglos sei.

Antwort: Der Standpunkt der Postkrankenkasse ist nicht zu verstehen. Sie scheint zu meinen, daß, infolge des Übergangs des früheren Kriegsteilnehmers zu einer bürgerlichen Erwerbstätigkeit, die Voraussetzung eines Anspruchs seiner Frau auf Wochenhilfe (§ 1 Ziff. 1 der Bek. vom 3. Dezember 1914) weggefallen sei. Dann verkennt sie, daß der Ehemann der Wöchnerin in dem maßgebenden Zeitpunkt der Niederkunft sowohl an der Weiterleistung von Kriegsdiensten wie an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch seine Verwundung verhindert, jene Voraussetzung des Anspruchs also gegeben war (zu vgl. auch hier Heft 15 S. 359 Ziff. 7). Jedenfalls aber ist nur die Postkrankenkasse berufen, zu dem Anspruch der Wöchnerin Stellung zu nehmen, weil der Ehemann im Zeitpunkt der Niederkunft seiner Frau nur dieser Kasse entweder noch (als Weiterversicherter) angehörte oder doch zuletzt angehört hatte (§ 2 der Bek.). Die Postkrankenkasse muß daher, wenn sie an jener irrigen Auffassung festhalten sollte, den Anspruch als unbegründet — nicht wegen Unzuständigkeit — ablehnen und so der Wöchnerin die Möglichkeit geben, das Streitverfahren nach § 7 der Bek. zu beschreiten.

Fortzahlung der bisherigen Bezüge an die beim Inkrafttreten der Dienstordnung schon vorhandenen Kassenangestellten.

4. Nach X. Antwort: Nach Art. 35 Abs. 1 Einf. Ges. zur RVO. sind, wenn die Bezüge eines (schon vorhandenen) Angestellten, der nach Art. 34 der Dienstordnung unterstellt ist, die Sätze des Besoldungsplans übersteigen, die (bisherigen) Bezüge fortzuzahlen, wenn eine von zwei Bedingungen gegeben ist, nämlich: 1. wenn die Bezüge vor dem 1. Januar 1908 in dieser Höhe vereinbart worden sind oder 2. wenn es die Dienstordnung bestimmt. Alsdann bestimmt Abs. 2 des Art. 35, daß „im übrigen", d. h. wenn keine der beiden in Abs. 1 aufgestellten Bedingungen gegeben ist, das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) auf Antrag des Vorstandes die Fortzahlung der Bezüge genehmigen kann; und Abs. 3 sieht vor, in welchen Fällen diese Genehmigung versagt werden muß und in welchen sie versagt werden kann. — Wenn hiernach Art. 35 Abs. 1 das Bestehen einer Dienstordnung voraussetzt, so halten wir es für ganz selbstverständlich und zweifelsfrei, daß dabei an eine rechtlich wirksam gewordene Dienstordnung zu denken ist, also an eine Dienstordnung, die insbesondere die im § 355 Abs. 3 RVO. vorgeschriebene Genehmigung des Oberversicherungsamts erlangt hat. Die Auffassung, daß es genügen müsse, wenn Vorstand und Ausschuß übereinstimmend von dem Recht Gebrauch gemacht haben, durch die Dienstordnung zu bestimmen, daß die Bezüge fortgezahlt werden, halten wir also für ganz ausgeschlossen. Sie meinen, es könne nicht die Absicht des Gesetzes sein, daß in solchen Fällen noch die Genehmigung des Oberversicherungsamts erforderlich sei; sonst ergebe sich die unannehmbare Folge, daß, wenn das Oberversicherungsamt die Genehmigung der die Fortzahlung anordnenden Dienstordnung gemäß Abs. 1 des Art. 35 versagt habe, das Versicherungsamt auf Grund des Abs. 2 die Fortzahlung genehmigen könne, daß also das Versicherungsamt etwas bewilligen dürfe, was das Oberversicherungsamt und vielleicht sogar der Minister bereits endgültig versagt haben. Diese Ausführung beruht auf einer Verkennung der Bedeutung und des Verhältnisses des Abs. 2 zum Abs. 1 des Art. 35. Der Abs. 1 stellt Voraussetzungen auf, unter denen die Bezüge fortzuzahlen „sind", darunter die Voraussetzung, daß die Dienstordnung es bestimmt. Tut sie dies, so ist hiermit eine allgemein gültige Norm gegeben, die allen davon betroffenen Angestellten ohne weiteres einen erzwingbaren Rechtsanspruch auf Fortzahlung der Bezüge verleiht. Hierzu bedarf es, wie zu allen anderen Bestimmungen der Dienstordnung, der Genehmigung des Oberversicherungsamts. Von ganz anderer Bedeutung ist Abs. 2. Er zielt nicht auf allgemein gültige Regelung ab sondern läßt die billige Berücksichtigung einzelner Sonderfälle beim Fehlen jener allgemeinen Regelung zu. In der Begr. zu Art. 31 des Entw. (Art. 35 Einf Ges.) kommt dies (S. 33) deutlich zum Ausdruck: „Bei der hier zugelassenen Begünstigung hat der Entwurf namentlich Fälle im Auge, in denen es sich entweder um wohlverdiente Kassenangestellte handelt, die sich bereits längere Zeit vor dem Inkrafttreten der Dienstordnung im Genusse höherer Bezüge befunden haben, oder in denen die Mehrbezüge sich in mäßigen Grenzen bewegen." Es ist also nicht angängig, aus Abs. 2 des Art. 35 einen Rückschluß dahin zu ziehen, daß die im Abs. 1 erwähnte Bestimmung der Dienstordnung nicht der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedürfe.

Beweis der Arbeitsunfähigkeit eines in englischer Kriegsgefangenschaft befindlichen Versicherten.

5. Nach Hagen i. W. Antwort: Der Beweis der Arbeitsunfähigkeit wird zwar regelmäßig durch ärztliche Zeugnisse geführt, doch sind auch andere geeignete Beweismittel zulässig (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 6 g zu § 182 RVO.). Wenn nun, nach dem in unverdächtiger Form vorliegenden Briefe, vier Kameraden des in englischer Gefangenschaft befindlichen Versicherten ausdrücklich bestätigen, daß der Versicherte in ihrer Gegenwart „am 5. März 1917 von zwei englischen Ärzten untersucht und für arbeitsunfähig befunden worden ist", so wird man dies Zeugnis besonders dann für glaubwürdig halten können, wenn der Versicherte selbst als unbescholtener und ehrlicher Mann bekannt ist, worüber die Kasse ja Erkundigungen einziehen kann. Es bliebe dann aber immer noch das Bedenken bestehen, daß Arbeitsunfähigkeit, als Voraussetzung des Krankengeldanspruchs nach § 182 RVO., ein bestimmter Rechts-

Digitized by Google

begriff ist und daß, mangels aller näheren Angaben über die noch bestehenden Folgen der Verwundung, nicht ermessen werden kann, ob die englischen Ärzte und die vier Mitgefangenen den Begriff der Arbeitsunfähigkeit richtig erfaßt haben mögen. Indessen wird sich auch dieser Punkt vielleicht durch Erkundigungen hinreichend klären lassen. Da der Versicherte als Bureauvorsteher eines Anwalts berufsmäßig vornehmlich schriftliche Arbeiten zu leisten hatte, wird er als arbeitsunfähig noch jetzt anzusehen sein, wenn er durch seine Verwundung — wie es für die erste Zeit erwiesen sein soll — noch jetzt am Schreiben gehindert ist. Es könnte also wohl ermittelt werden, ob noch jetzt keine Briefe von seiner eigenen Hand an Angehörige oder Freunde eingehen. Danach mag sich die Kasse entschließen, ob sie die Arbeitsunfähigkeit für erwiesen ansehen will oder nicht. Sie hat in dieser Hinsicht freies, pflichtmäßiges Ermessen zu üben.

Zuständige Kasse für Forstarbeiter.

6. **Nach A.** Antwort: Die Kassenzugehörigkeit richtet sich nach der Art der Tätigkeit, die die Versicherungspflichtigen ausüben. Wir setzen hierbei voraus, daß der Betrieb selbst kein ausschließlich wirtschaftlicher, sondern ein gewerblicher ist; denn er ist offenbar mit einem kaufmännischen Unternehmen verbunden, das über den Umfang des Kleingewerbes hinausgeht. (Vgl. hierzu § 537 Ziff. 10 RVO.) Wenn nun die Arbeiter lediglich das Holz fällen, so ist ihre Tätigkeit rein forstwirtschaftlich und sie gehören zur Landkrankenkasse (§§ 417, 235 RVO.). Wenn sie aber das Holz auch noch bearbeiten und abfahren, so gelten sie, da dies für einen gewerblichen Betrieb geschieht, als gewerbliche Arbeiter und gehören der Ortskrankenkasse an. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 417.) Das Versicherungsamt hat den Vermögensüberschuß nach Maßgabe des Mitgliederüberganges den zuständigen Kassen zu überweisen. Gegen die Zuweisung kann zwar Beschwerde erhoben werden, doch ist sicherlich die hierfür festgesetzte Frist von einem Monat schon längst abgelaufen. (§§ 300, 303, 128 RVO.)

a) Einfluß von Lohnänderungen auf Kassenleistungen; b) Fortzahlung der höheren Beiträge bis zur Anmeldung der Lohnermäßigung?

7. **Nach L. T.** Antwort: a) Wenn die Satzung bestimmt, daß bei Änderung des Lohnes sich die Lohnstufe sofort ändert (§ 318 Abs. 3 RVO.), so ist diese Bestimmung auch für die Bemessung der Kassenleistungen sofort maßgebend (§ 180), auch wenn der Arbeitgeber die Anmeldung der Lohnänderung unterlassen hat; denn es ist anerkanntes Recht, daß die Vorschriften über die Meldepflicht des Arbeitgebers nur Ordnungsvorschriften sind, deren Verletzung die Ansprüche des Versicherten in keiner Weise berührt. Da die Erkrankung des Versicherten erst nach der Lohnerhöhung eingetreten ist, hat er Anspruch auf Krankengeld der höheren Stufe. Der § 211 RVO. trifft hier nicht zu. Der Arbeitgeber kann nach § 530 Abs. 2 bestraft werden.

b) Nach § 397 Abs. 1 RVO. sind die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Auf den Fall, daß der Arbeitgeber eine Lohnermäßigung, durch die eine Ermäßigung der Beiträge bedingt wird, nicht rechtzeitig anmeldet, trifft die Vorschrift jedenfalls nach ihrem Wortlaute nicht zu, und es erscheint uns recht zweifelhaft, ob man sie „entsprechend" dahin anwenden kann, daß der Arbeitgeber die höheren Beiträge fortzuzahlen hat, bis er die Lohnänderung vorschriftsmäßig anmeldet. Dem Ordnungszwecke, dem die Vorschrift dienen soll, würde eine solche ausdehnende Auslegung allerdings entsprechen, und man kann sie allenfalls auch mit dem Wortlaut in Einklang bringen, wenn man den Ausdruck „Abmeldung" nicht bloß auf den Fall bezieht, daß die Beschäftigung überhaupt endet, sondern auch auf den Fall, daß ein der Meldung bedürftiger näherer Umstand des Beschäftigungsverhältnisses (§ 318) nicht mehr zutrifft. Wir möchten empfehlen, sich auf diesen Standpunkt zu stellen und die Sache im Streitverfahren zum Austrag zu bringen. — Daß es bei schwankenden Löhnen, wie sie die Lohnschreiber beziehen, nicht auf den jeweilig letzten Lohnbetrag ankommt, sondern daß in Fällen dieser Art der Grundlohn im Wege einer Durchschnittsberechnung zu ermitteln ist, ist richtig.

Fortbestehen einer Betriebskrankenkasse trotz Einstellung der Betriebstätigkeit; Aufnahme eines anderen Betriebs.

8. **Nach B.** Frage: Ein Fabrikant, für dessen Weberei eine Betriebskrankenkasse errichtet war, hat diesen Betrieb zu Anfang 1917 infolge des Krieges eingestellt. Ist die Betriebskrankenkasse somit als eingegangen zu betrachten? Derselbe Fabrikant hat vor reichlich ½ Jahre in Gemeinschaft mit einem anderen Fabrikanten in dessen Betriebsräumen und mit dessen Kraftanlagen eine Geschoßfabrik errichtet und versucht, durch einen Satzungsnachtrag diese Geschoßfabrik der Betriebskrankenkasse für die Weberei einzuverleiben. Die Sache schwebt noch beim Oberversicherungsamt. Selbstverständlich muß diesem Satzungsnachtrag die Genehmigung versagt werden. Die Leitung der Geschoßfabrik hat aber in unzutreffender Weise dem Versicherungsamt auf Anfrage angegeben, die an der Geschoßfabrik Beteiligten seien mit den an der Weberei Beteiligten genau identisch. Kann die allgemeine Ortskrankenkasse zur Widerlegung dieser unwahren Angabe eidliche Vernehmung der Beteiligten verlangen? Falls festgestellt wird, daß für die in der Geschoßfabrik Beschäftigten die Allg. Ortskrankenkasse zuständig ist, hat dann zwischen ihr und der Betriebskrankenkasse eine Verrechnung der Beiträge und Leistungen nach unserer Satzung stattzufinden?

Antwort: Durch die Einstellung des Webereibetriebes ist die für diesen errichtete Betriebskrankenkasse nicht ohne weiteres eingegangen, sondern sie ist zu schließen, wenn der Betrieb als eingegangen anzusehen ist (§ 273 Abs. 1 Ziff. 1 RVO.). Dies aber ist nicht schon bei einer nur vorübergehenden Einstellung der Betriebstätigkeit, sondern nur bei einer dauernden Aufgabe des Unternehmens der Fall (Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 2 zu § 273). Jedenfalls besteht die Kasse noch fort, solange nicht das Oberversicherungsamt die Schließung ausgesprochen und den Tag, an dem die Schließung in Kraft tritt, festgesetzt hat (§§ 280, 284). Deshalb kann der Arbeitgeber, wie er von vornherein eine Kasse für mehrere Betriebe errichten konnte (§ 245), auch jetzt noch einen weiteren Betrieb im Wege der Satzungsänderung in die noch bestehende Kasse aufnehmen (Hoffmann in ArbVers. 1915 S. 730. 731), wobei es ohne Belang ist, daß dieser neue Betrieb von anderer Art ist als der alte, für den die Kasse zunächst errichtet worden ist. Nur muß der neue Betrieb demselben Arbeitgeber angehören, was allerdings nicht der Fall wäre, wenn es sich um den Betrieb einer Handelsgesellschaft handelt, während der alte Betrieb dem Arbeitgeber allein gehört. Hierüber hat das Oberversicherungsamt von Amts wegen die erforderlichen Erhebungen zu veranlassen, und es ist der Ortskrankenkasse unbenommen, hierzu Anregungen zu

Digitized by Google

geben, insbesondere also Zeugen zu bezeichnen und deren Vernehmung vorzuschlagen (zu vgl. § 40 mit §§ 19 ff. der Vrdg. über Verfahren vor dem OVA.). Es sei aber bemerkt, daß aus Ihren Angaben keineswegs sicher erhellt, daß die Geschoßfabrik von dem Arbeitgeber des eingestellten Webereibetriebs in Handelsgesellschaft mit dem anderen Fabrikanten betrieben wird. Über die Art seiner „Beteiligung" an dem neuen Unternehmen ist bestimmtes nicht ersichtlich. Daß er seine Betriebsräume und Kraftanlagen hergibt, könnte auch auf einem Mietvertrage beruhen. Dadurch würde er nicht zum Mitinhaber einer offenen Handelsgesellschaft. In dieser Richtung werden also die Verhältnisse erst zu klären sein. Was die letzte Frage betrifft, so handelt es sich um den Streit, ob die in der Geschoßfabrik Beschäftigten zur Betriebs- oder zur Ortskrankenkasse gehören. Ein solcher Streit ist nach § 258 RVO. zu entscheiden. Wird hierbei der Betrieb der Geschoßfabrik der Ortskrankenkasse zugewiesen, so wird auch bestimmt, wann das neue Versicherungsverhältnis in Kraft tritt. Bis dahin würde also die Zugehörigkeit zur Betriebskrankenkasse als gültig anzusehen und folglich jede „Verrechnung" zwischen den beiden Kassen ausgeschlossen sein (Hahn, Anm. 3 zu § 258).

Ersatzanspruch wegen zu Unrecht gewährter Kassenleistungen (§ 224 Ziff. 2 RVO.).

9. Nach Berlin. Frage: Die E. K. stand vom 1. November bis 29. Dezember 1916 im Dienst unserer Firma. Sie wurde wegen eines Lungenleidens vom 14. Dezember 1916 bis 27. Januar 1917 mit täglich 1,50 ℳ Krankengeld von unserer Betriebskrankenkasse unterstützt. Weitere Zahlungen wurden eingestellt, weil wir inzwischen in Erfahrung gebracht hatten, daß die K. seit 1. Januar 1917 eine Portierstelle innehatte und seit diesem Tage Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse geworden war. In ärztlicher Behandlung ist sie bei unserem Kassenarzt noch bis Ende Februar 1917 gewesen. Da wir hiernach irrtümlich vom 1. Januar 1917 ab Krankenpflege gewährt haben, welche die K. nach § 212 RVO. von der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu beanspruchen hatte, fragten wir bei letzterer Kasse an, ob sie bereit wäre, nach ihrer Satzung uns Ersatz zu leisten. Sie lehnt dies ohne Angabe von Gründen ab und bemerkt nur, daß sie auch die Zahlung weiteren Krankengeldes an die K. mangels Nachweises weiterer Erwerbsunfähigkeit eingestellt habe. Wir bitten um Mitteilung, ob diese ablehnende Haltung begründet erscheint.

Antwort: Es handelt sich um einen Anspruch auf Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen im Sinne des § 224 Ziff. 2 RVO. Der Grund eines solchen Anspruchs ist ungerechtfertigte Bereicherung der in Anspruch genommenen Kasse (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3a zu § 224). Diese aber liegt nur vor, soweit die Ortskrankenkasse auf Kosten der Betriebskrankenkasse einen Vorteil erlangt, also Aufwendungen erspart hat (§ 812 BGB.; Entsch. des OVG. in ArbVers. 1895 S. 368). Dies würde z. B. dann nicht zutreffen, wenn der Ortskrankenkasse besondere Aufwendungen wegen Pauschalabfindung der Ärzte nicht erwachsen wären. Ob die Verhältnisse so oder ähnlich liegen, können wir nicht wissen.

Versicherungsfreie vorübergehende Beschäftigung einer Haustochter in einem fremden Haushalt.

10. Nach Tübingen. Frage: Ein 17 Jahre altes Mädchen ist seit Mai 1914 in einem Privathaushalt gegen monatlichen Entgelt von 10 ℳ bei durchschnittlich täglich zweistündiger Arbeitsdauer, im übrigen bei ihren Eltern im Haushalt beschäftigt. Die Ortskrankenkasse hält die Kranken- und Invalidenversicherungspflicht für begründet und verlangt die Anmeldung und Nachbezahlung der nicht verjährten Beiträge. Der Ortslohn für weibliche Versicherte von 16 bis 21 Jahren beträgt hier 1 ℳ 90 ₰. Die Dienstherrschaft bestreitet die Versicherungspflicht. Welche Auffassung ist richtig?

Antwort: Die Dienstherrschaft ist im Recht. Da das Mädchen in der Hauptsache auf Grund des Familienverhältnisses im elterlichen Haushalt tätig ist, also keine „berufsmäßige Lohnarbeit" verrichtet, so ist die „nur nebenher gegen einen geringfügigen Entgelt", wenngleich in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübte Tätigkeit in dem fremden Haushalt nach § 168 RVO. und Ziff. I 3 der Bestimmungen des Bundesrats v. 17. November 1913 (ArbVers. 1913 S. 848) nicht krankenversicherungspflichtig. „Geringfügig" im Sinne dieser Bestimmungen ist der Entgelt von 10 ℳ für den Monat deshalb, weil auf den Tag nur etwa 33⅓ ₰ entfallen und dieser Betrag ganz erheblich unter einem Drittel des Ortslohns von 1,90 ℳ zurückbleibt (Entsch. des RVA. 1917 Amtl. Nachr. 1914 S. 766). Für die Invalidenversicherung gilt das gleiche nach Ziff. 1 b der Bek. vom 27. Dezember 1899 (ArbVers. 1900 S. 76).

Ansprüche gegen Berufsgenossenschaft und Krankenkasse bei Verschlimmerung der Unfallkrankheit durch versicherungspflichtige Beschäftigung.

11. Nach G. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse hat im Jahre 1901 einen Unfall erlitten und erhält Unfallrente, die im Laufe der Zeit gekürzt wurde und gegenwärtig 50 v. H. beträgt. Das Mitglied hat deshalb zur Bestreitung des Unterhalts eine Beschäftigung aufgenommen, wodurch es Mitglied unserer Kasse geworden ist. Infolge der Anstrengung hat sich sein Leiden verschlimmert; eine starke Anschwellung des damals verletzten Fußes ist eingetreten, so daß nach Feststellung unseres Kassenarztes völlige Erwerbsunfähigkeit noch im Laufe dieser Woche eintritt. Ist in diesem Falle unsere Kasse verpflichtet, für die Folgen des Unfalls einzutreten oder ist das Sache der Berufsgenossenschaft?

Antwort: Nach Ihrer Darstellung muß man annehmen, daß der Versicherte der Anstrengung in dem neuen Beschäftigungsverhältnisse nur wegen seines auf dem Unfall beruhenden Leidens nicht gewachsen war. Dann war auch die durch die Anstrengung verursachte Verschlimmerung dieses Leidens eine Folge des Unfalls, und es ist Sache der Berufsgenossenschaft, dem Verletzten nach §§ 558 ff., 608 ff. RVO. Krankenbehandlung und eine höhere Rente zu gewähren, und zwar sofort, da die Wartezeit nach § 588 nur die ersten 13 Wochen nach dem Unfall (nicht etwa nach der neuen Erkrankung) umfaßt. Dadurch wird freilich die Leistungspflicht der Krankenkasse an sich nicht berührt; sie hat aber wegen aller ihr nach Gesetz oder Satzung obliegenden Leistungen Anspruch auf Ersatz aus der Unfallentschädigung nach näherer Bestimmung der §§ 1501 ff.

Notwendigkeit von Wahlen trotz verlängerter Amtsdauer der Kassenorgane.

12. Nach H. Antwort: Die Bekanntmachung v. 11. 1. 17 (ArbVers. 1917 Heft 3 S. 82) hat nur die Bedeutung, daß die allgemeinen Wahlen, die durch den Ablauf der Wahlzeit an sich geboten sein würden, bis auf weiteres nicht stattfinden sollen. Das schließt aber nicht aus, daß die Notwendigkeit von Wahlen durch andere, besondere Gründe geboten sein kann. Wir

Digitized by Google

haben schon im Heft 5 S. 120 Ziff. 8 darauf hingewiesen, daß dies z. B. dann zutrifft, wenn Ergänzungswahlen notwendig werden, um die Zahl der Organmitglieder auf die in der Satzung vorgeschriebene Zahl zu bringen. Gleiches muß auch in dem vorliegenden umgekehrten Falle gelten, wo durch eine vor jener Bekanntmachung zustande gekommene und genehmigte Satzungsänderung die Zahl der Organmitglieder auf eine geringere Zahl herabgesetzt ist. Es ist nicht angängig, in solchem Falle die Kassenorgane auf irgendeine andere Weise, durch Ausscheiden einzelner Organmitglieder, auf die geringere Zahl zurückzuführen; es müssen also zur Durchführung der Satzungsänderung Neuwahlen stattfinden. — Die Bekanntmachung betrifft nur die Amtsdauer der Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten bei den Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern, nicht aber die Amtsdauer von Angestellten, welche von einem Organe eines Versicherungsträgers gewählt werden; die nach der Satzung gebotene Wahl der Sektionsleiter (vgl. Mustersatzung f. OMK. § 86 b) ist also vorzunehmen.

Bemessung der Strafbeiträge bei Unterlassung der Anmeldung einer Lohnerhöhung.

13. **Nach Tr.** Antwort: Wenn ein Arbeitgeber es unterläßt, der Kasse eine Lohnerhöhung anzuzeigen und infolgedessen nur die bisherigen niedrigeren Beiträge gezahlt werden, so schuldet er neben diesen nicht etwa noch die vollen höheren, sondern nur den Unterschied zwischen beiden. Demnach ist auch nur dieser rückständig im Sinne des § 531 Abs. 2 RVO., so daß die Kasse dem säumigen Arbeitgeber als Strafe nur das Ein- bis Fünffache des Unterschieds zwischen den früheren niedrigeren und den neuen höheren Beiträgen auferlegen kann.

Ergänzungswahlen zum Kassenvorstande in der Kriegszeit.

14. **Nach Tarnowitz.** Antwort: Wenn der Vorstand nach der Satzung aus 4 Arbeitgebern und 8 Versicherten zu bestehen hat, zur Zeit aber nur 6 Vertreter der Versicherten im Vorstande vorhanden und alle Ersatzmänner bereits „aufgebraucht" sind, so ist es nicht zulässig, das gesetzliche Verhältnis der Zahl der Arbeitgeber und der Versicherten dadurch herzustellen, daß ein Arbeitgebervertreter aus dem Vorstand ausgeschieden wird, sondern es muß der satzungsmäßige Zustand dadurch hergestellt werden, daß im Wege von Ergänzungswahlen die Zahl der Versichertenvertreter wieder auf 8 gebracht wird (zu vgl. ArbVers. 1917 Heft 5 S. 120 Ziff. 8). Zu einer Verringerung der Zahl würde eine Satzungsänderung erforderlich sein.

Begriff des „Haushalts des Versicherten".

15. **Nach Dinslaken.** Antwort: Voraussetzung den Anspruch auf Familienhilfe ist nach der Satzung, daß die Angehörigen im Haushalt des Versicherten leben. Dies ist aber diejenige Häuslichkeit, die der Versicherte unterhält, um sie für sich selbst zu benutzen, namentlich um selbst darin zu weilen. Daß er sich ständig darin aufhalte, ist nicht erforderlich. Daher kann man von einem Haushalt des Versicherten auch dann sprechen, wenn er dort nur an seinen arbeitsfreien Tagen weilt, etwa nur Sonntags oder gar nur alle zwei bis drei Wochen, sofern er nur den Haushalt auch in seinem eigenen Interesse unterhält. Wenn nach der Satzung ärztliche Behandlung denjenigen Angehörigen des Versicherten gewährt wird, die ständig in seinem Haushalt leben, so sollen diejenigen Familienmitglieder berechtigt sein, denen der Versicherte seinen eigenen Haushalt zur ständigen Mitbenutzung zur Verfügung hält.

§ 345 Abs. 2 Ziff. 4 RVO. gilt nicht bei Vereinbarung von Kassen mit anderen Versicherungsträgern.

16. **Nach Gelsenkirchen.** Antwort: Es handelt sich bei der Vollziehung der Einverständniserklärung lediglich um eine Vereinbarung der einzelnen Krankenkassen mit der Landesversicherungsanstalt. Daß der Krankenkassenverband diese Vereinbarungen vermittelt und daß die Erklärungen in gleicher Weise von einer Mehrheit von Krankenkassen abgegeben werden, macht die Erklärungen nicht zu Vereinbarungen „mit anderen Kassen" im Sinne des § 345 Abs. 2 Ziff. 4 RVO. und macht also einen Beschluß des Ausschusses nicht erforderlich.

Anfrage.

1) **Welche Krankenkassen haben vor dem Kriege die Karenztage beseitigt?**
2) **Welche Krankenkassen haben entgegen dem Gesetz vom 4. August 1914 die Karenztage nicht beseitigt?**
3) **Welche Krankenkassen haben auf Grund des Gesetzes vom 4. August 1914 die Karenztage eingeführt und in der Folgezeit ganz oder teilweise wieder beseitigt?**

Um baldgefl. Beantwortung bittet

die Allgemeine Ortskrankenkasse Ludwigshafen a. Rh.

Bitte.

Krankenkassen, insbesondere Betriebskrankenkassen, die ihren erkrankten Mitgliedern infolge der bestehenden Teuerungsverhältnisse außer dem Krankengelde noch eine tägliche Teuerungszulage zum Krankengelde gewähren, werden, auf Veranlassung einer Versicherungsbehörde, um Mitteilung ihrer darauf bezüglichen Bestimmungen an die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Straße 64, ersucht.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1891 von J. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1181 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. August 1917 | Heft 23

Zur Verwaltungspraxis der Krankenkassen.

(Jahresberichte — Statistik — Kassenprüfungen und Verwaltungsrevisionen.)

Von Hans Swolinzky in Bochum.

I. Jahresberichte. — Für das gesamte Verwaltungswesen der Träger der deutschen Sozialversicherung sind wohl die wenigsten Dinge so bezeichnend wie die Jahresberichte. Wenn auch im nachstehenden hauptsächlich von den Krankenkassen die Rede sein soll, so trifft doch vieles dessen, was von ihnen gilt, auch auf die Berufsgenossenschaften und die Landesversicherungsanstalten zu. Noch vor wenigen Jahren beschränkten sich wohl die meisten Kassen darauf, mittels des Rechnungsabschlusses und der Vermögensnachweisung, die sie durch den Druck bekanntgaben, über das Ergebnis des letzten Geschäftsjahres Rechenschaft abzulegen. Selbst einige ganz große Kassen verzichteten auf die Herausgabe eines ausführlichen, gedruckten Jahresberichtes. Einen erheblichen Vorsprung hatte nach dieser Richtung bis zu der mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung einhergehenden Neuorganisation die Ortskrankenkasse der Stadt Leipzig, die allerdings bis dahin auch nach der Mitgliederzahl die größte Krankenkasse war, wenn man von dem Allgemeinen Knappschaftsverein in Bochum, der gleichfalls seit Jahren einen außerordentlich umfangreichen Jahresbericht herausgibt, absieht. Der Jahresbericht der Ortskrankenkasse Leipzig war stets geradezu vorbildlich. Ähnliches galt auch noch von einigen anderen großen Ortskrankenkassen. Viele mittlere und kleinere Kassen nahmen sich dann auch alsbald ein Muster an diesen Jahresberichten und versuchten, mit ähnlichen genauen Aufschlüssen über ihre Tätigkeit aufzuwarten. Jedoch ist ihnen dies nicht immer gleich gut gelungen. Vielfach tritt offensichtlich das Bestreben zutage, den Mangel an anderem Berichtsstoff dadurch auszugleichen, daß Gerichtsentscheidungen, Dienstordnungen und dergl. abgedruckt werden, obschon namentlich die Entscheidungen — sobald sie größere Wichtigkeit haben — ohnehin durch die Fachpresse veröffentlicht werden. Mag ein solcher Abdruck in vereinzelten Fällen vielleicht noch angebracht erscheinen, in vielen dient er doch offensichtlich mehr oder minder dem gleichen Zwecke: es soll der Bericht gefüllt und wenigstens auf diese Weise gezeigt werden, daß die Verwaltung der Kasse auch auf dem Gebiete der Rechtspflege nicht müßig gewesen ist. Im Endergebnis handelt es sich um das gleiche, wenn andere Kassen sich in ihren Jahresberichten oft recht ausgedehnte Ahnengalerien solcher Männer zulegen, die überhaupt schon einmal in den Kassenorganen oder an anderen ähnlichen Stellen für die Kasse tätig gewesen sind. So berechtigt es auch zuweilen sein kann, diesen oder jenen verdienten Männern auf solche Weise ein Denkmal zu setzen, so spricht doch offenbar vielfach die Rücksicht auf das namentlich an kleineren Orten oder bei kleineren Leuten oft hervortretende Hochgefühl mit, seinen Namen einmal gedruckt zu sehen.

Digitized by Google

Werden alle diese nebensächlichen Dinge und die nebenhergehenden, häufig recht unwichtigen Anführungen oder überflüssigen Abschweifungen, die namentlich jetzt in bezug auf den Krieg vielfach zur Äußerung rein persönlicher, mit dem Kassenwesen gar nicht in Verbindung stehender Ansichten führten, ausgeschieden, so ist das verbleibende tatsächliche Ergebnis mancher Berichte zuweilen doch nur recht dürftig. Wie ergeht es denn nun den meisten dieser Berichte in der Praxis? Sie finden in der Regel unter anderen ähnlichen Drucksachen in Schränken und Aktenkellern ein ziemlich unrühmliches Ende, bei dem vor allem — namentlich jetzt in der Kriegszeit — das Papier, die aufgewendete Arbeit und die nicht unerheblichen Herstellungskosten zu bedauern sind. Die Berichte, wie sie jetzt herauskommen, alle einzeln durchzulesen, erfordert unendlich viel Zeit, da in jedem einzelnen Falle das, was für den Leser wichtig ist oder sein könnte, erst unter einem Wust überflüssiger Spreu herausgesucht werden muß. Und doch bieten die Jahresberichte hier und dort manches, was für den Verwaltungsmann wichtig und beachtenswert ist, denn niemand kann für sich in Anspruch nehmen, daß er von anderen nichts mehr lernen könnte. Der aufmerksame Leser vermag aus diesen oder jenen Berichten nicht selten nützliche Anregungen zu entnehmen, die für den von ihm geleiteten Betrieb unter Umständen von erheblicher Wichtigkeit sind. Muß denn nun aber durchaus den doch ohnehin meistens recht stark in Anspruch genommenen geschäftsleitenden Männern die Arbeit so außerordentlich erschwert werden? Geht gerade infolge dieser bedeutenden Arbeitserschwernis nicht doch ein guter Teil der Anregungen verloren? Die Richtigkeit dieser Erwägung wird auch der nicht bestreiten, der sich im Laufe der Jahre allmählich eine schätzenswerte Gewandtheit im Heraussuchen des Wichtigsten aus der Masse des Lesestoffes angeeignet hat.

Noch ein anderer Umstand aber fordert zum Nachdenken auf. Es seien nur einmal die Kosten der Drucklegung der Jahresberichte der 200 größten Kassen in der jetzigen Art und Weise mit durchschnittlich je 500 ℳ, also mit insgesamt 100 000 ℳ in Betracht gezogen. Dazu kommen die Kosten der Versendung der Berichte an die verschiedenen Kassen usw. Wäre es nicht der Mühe wert, wenn hiervon, ohne daß der Absicht bei der Herausgabe der Jahresberichte im geringsten Abtrag getan wird, 50 000 ℳ erspart werden könnten, um mit ihrer Hilfe 1000 kranken Menschen alljährlich ein kleines Heilverfahren in einem Kurorte o. dgl. zu ermöglichen? Ließen sich nicht auch noch weitere erhebliche Beträge an Verwaltungskosten dadurch ersparen, daß die ganze Arbeit bei der Aufstellung und Versendung der Berichte wesentlich vereinfacht wird? Wie groß würde die Ersparnis einerseits und der sonstige Vorteil andererseits sein, wenn alle Kassen in Betracht gezogen werden, von denen ein genauerer Bericht über die Rechnungsergebnisse zwar nicht erscheint, aber dennoch wünschenswert wäre?

Wie läßt sich nun aber auf diesem Gebiete eine Verbesserung erzielen? Das erste wäre wohl, daß für die Aufstellung der Geschäftsberichte einheitliche Richtlinien (Grundsätze) aufgestellt werden. Das braucht durchaus nicht notwendigerweise in der Form zu geschehen, wie sie vor dem Kriege von dem Bundesrate für die Statistik der Krankenkassen vorgeschrieben worden war. Ein großer Teil der in den Jahresberichten enthaltenen Tabellen enthält heute tatsächlich schon dasselbe, nur daß die Spalten oftmals anders angeordnet und anders bezeichnet sind. Durch eine Einigung der Kassen auf ein einheitliches Schema würde diese Zwiespältigkeit mit einem Schlage beseitigt und schon eine erheblich größere Übersichtlichkeit geschaffen werden können. Sodann enthalten die Jahresberichte vieles im Text, was sich sehr gut und zwar gleichfalls mit dem Erfolge einer größeren Übersichtlichkeit in eine bestimmte Ordnung und Reihenfolge, die dann vielfach auch in ein Schema übergehen wird, bringen ließe. Durchaus notwendige Erläuterungen oder Besonderheiten können sehr

Digitized by Google

gut unter „Bemerkungen" angefügt werden. Auch für die vorweg erwähnten Ahnengalerien ließen sich, wenn dies mit Rücksicht auf die örtlichen Empfänger für notwendig gehalten werden sollte, recht gut am Schlusse des Berichtes Tafeln anlegen, die alsdann ganz nach Wunsch des Lesers viel leichter aufgefunden oder auch viel leichter überblättert werden können. Ebenso fänden sich am Schlusse des Berichtes oder im Anhange gewiß noch besondere Seiten, auf denen über sonstige besondere wichtige Einzelheiten, die in dem allgemeinen Teil nicht untergebracht werden können, berichtet werden könnte. Jedenfalls würde die stets gleichbleibende einheitliche Einteilung und Anordnung, die einheitliche Gliederung, die Einführung gleicher Stichworte und gleicher Vordrucke die Übersichtlichkeit und die Auffindbarkeit von Einzelheiten ganz ungemein fördern.

Damit ist die Möglichkeit von Fortschritten noch nicht erschöpft. Um die Arbeit der Aufstellung der Jahresberichte zu erleichtern, können nun für den Entwurf von einer Stelle — am besten den Verbandsleitungen — einheitliche Vordrucke herausgegeben werden, die dann nicht von jeder Kasse besonders entworfen und hergestellt werden brauchen. Soweit eine Anpassung der vorhandenen Bücher an diese Vordrucke nicht schon ohnehin durch die für die Buchführung allgemein gültigen Vorschriften gegeben ist, würde sie sich recht bald ganz von selbst finden. Durch die alljährlich von den Kassen gemachten Verbesserungsvorschläge würden die Vordrucke obendrein gewiß recht bald eine hervorragende Ausgestaltung erfahren. Der Aufstellung der Jahresberichte an der Hand einheitlicher Vordrucke würde höchst wahrscheinlich auch die Einführung einer einheitlichen Größe des Formats der Berichte folgen. Das wäre für die Aufbewahrung, sodann aber auch für die später zu erwähnende Zusamenstellung aller Berichte recht erwünscht.

Ob die Kassen nun noch weiter gehen wollen und können, wird die Entwicklung lehren. Möglich wäre das gewiß, wenn auch mit den bisher vorgeschlagenen Verbesserungen schon ein erheblicher Fortschritt gegenüber dem bisherigen Zustande erzielt worden wäre. So wäre es vielleicht denkbar, die Berichte, die doch in der Hauptsache auf Grund einheitlicher Vordrucke aufgestellt sind, demnächst auch in einer oder mehreren Druckereien einheitlich drucken zu lassen. Das würde, selbst wenn sich die Kassen auch nur bezirksweise hierzu zusammentun würden, die Herstellungskosten erheblich verbilligen, da das Teuerste an den Jahresberichten bekanntermaßen der Tabellensatz ist. Sind der Kopf und die Liniatur einmal gesetzt, dann würden für die nächsten Berichte nur immer andere Zahlen einzufügen sein. Auch die sonstigen Druckkosten würden in der Massenherstellung eine wesentliche Verbilligung erfahren. Ähnlich steht es mit der Versendung der Berichte. Die Einzelversendung von 200 Jahresberichten an 200 verschiedene Kassen verursacht an Porto allein 20 *M* für jede und 4000 *M* für die Gesamtheit der Kassen. Dazu kommen die Kosten der Briefumschläge, des Adressenschreibens usw. Würden die 200 Berichte — ähnlich wie es von anderen großen Organisationen in den letzten Jahren eingeführt ist — von einer einzigen Stelle aus gleichzeitig versandt, dann würde die Arbeit selbstverständlich viel geringer sein. Auch die Kosten der Versendung würden sich ganz wesentlich ermäßigen. Sodann wäre bei diesem Verfahren wenigstens die Gewähr dafür geboten, daß alle Stellen, die auf die Zusendung der Berichte Anspruch erheben können, diese wirklich erhalten und nicht ein erheblicher Teil an Adressen gelangt, bei denen er keine Verwertung findet.

Schließlich würde sich bei dieser Art der Regelung nach einheitlichen Vordrucken viel leichter die Möglichkeit bieten, die Endergebnisse der Kassen, da die Spalten nunmehr alle übereinstimmen, miteinander zu vergleichen und sie nach den verschiedensten Gesichtspunkten auch gedruckt zusammenzustellen. Das würde gewiß ein für den weite-

Digitized by Google

ren Ausbau der Krankenversicherung außerordentlich wertvolles, die amtliche Statistik, die auf den Berichten aller Kassen aufbaut, in wichtigen Punkten ergänzendes Material ergeben. Allmählich aber würde sich auf diesem einzig richtigen Wege durch die Praxis herausstellen, inwiefern eine Ausdehnung der Pflicht zur Lieferung dieser oder jener statistischen Angaben auf alle Krankenkassen oder doch einen bestimmt begrenzten Teil wünschenswert oder notwendig ist. Möglich ist auch, daß der angegebene Weg ganz langsam dahin führt, daß die einzelnen Kassen auch den Mitgliedern ihrer Organe mit den Jahresberichten kurze Zusammenstellungen der Ergebnisse der anderen Kassen übersenden. Erst auf dieser Grundlage können diese dann sich ein wirkliches Bild von dem Stande der eigenen Kasse machen. Auch der Erfolg solcher belehrenden und aufklärenden Vergleichungen für den Gesamtfortschritt der Krankenversicherung an den verschiedenen Orten wäre gewiß beachtlich. Inwieweit es etwa denkbar oder zweckmäßig sein könnte, statt der einzelnen Berichte überhaupt Zusammenstellungen zu verteilen, kann getrost einer späteren Beurteilung überlassen bleiben. Es würde in diesem Falle dann für die kleineren Kassen nur die Beifügung einer ganz kurzen eigenen Darstellung in Frage kommen. Das sind aber, wie bereits erwähnt, Dinge, deren Vorteilhaftigkeit oder Unvorteilhaftigkeit sich aus der praktischen Nutzanwendung der vorgeschlagenen einheitlichen Regelung nach bestimmten Richtlinien ganz von selbst ergeben wird.

Die Hauptsache bleibt, daß so, wie die Sache heute noch gehandhabt wird, für jede Kasse — um es nochmals kurz zusammenzufassen — außerordentlich viel Zeit und Geld unnütz verschwendet wird und daß trotzdem der Wert der Herausgabe eines Jahresberichts für mittlere Kassen unter den jetzigen Verhältnissen immer noch recht zweifelhaft ist, weil aus den ohne einen einheitlichen Plan angelegten und verteilten umfangreichen Jahresberichten wichtige Einzelheiten unbedingt verloren gehen müssen und weil bei dieser Art der Regelung die Möglichkeit, schnell und leicht Vergleiche zu ziehen, völlig fehlt. Nur eine planmäßige, zielbewußte Vereinheitlichung (Organisation) kann hier Wandel schaffen. Der sofortige, in die Augen fallende geldliche Gewinn würde hierbei durch den Wert der klaren, übersichtlichen Verbreitung der Endergebnisse und Erfahrungen der arbeitsamsten Verwaltungen noch wesentlich übertroffen werden. Die gebieterische Notwendigkeit einer solchen systematischen Regelung des Berichtswesens kann weder durch die Hinweise auf die bestehenden Schwierigkeiten, noch dadurch beseitigt werden, daß auf Anfänge nach dieser Richtung hingewiesen wird. Nur ganze Arbeit vermag hier die Erfolge zu erzielen, die für die weitere gedeihliche Fortentwicklung der deutschen Krankenversicherung unbedingt erforderlich sind.

II. Statistik. — Der Wert einer guten Statistik ist nie bezweifelt worden. Sie schafft in der Regel erst die Unterlagen für neue Fürsorgemaßnahmen; sie allein ermöglicht einen zuverlässigen Überblick über ihre Erfolge. In einem Zeitalter, in dem fast alles, was sich auf unserem Planeten zuträgt, in seinen Wirkungen statistisch erfaßt wird, in dem die Bedeutung der mannigfachsten Dinge mit Hilfe volkstümlicher Übersichten und Vergleiche durch die Zeitungen bis in die entlegensten Dörfer getragen wird, kann die mächtigste aller Kulturströmungen, die Volkswohlfahrts- und Gesundheitspflege, solcher Hilfsmittel gewiß nicht entbehren.

Auf dem Gebiete der Krankenversicherung hat schon das alte KrVersGes. im § 41 den Kassen die Verpflichtung auferlegt, Übersichten über die Mitglieder, über die Krankheits- und Sterbefälle, über die vereinnahmten Beiträge und die geleisteten Unterstützungen sowie einen Rechnungsabschluß einzureichen. Daneben stellten die größeren Kassen in den letzten Jahren noch regelmäßig monatliche Übersichten über die Mitgliederbewegung auf, die hauptsächlich für die Beurteilung der Lage des deutschen Arbeits-

Digitized by Google

marktes verwertet wurden. Die Reichsversicherungsordnung brachte dann, auf dem bisherigen Zustande aufbauend, im § 367 ungefähr die gleichen Vorschriften. Nur war in dem Gesetz selbst schon eine Erweiterung der einzureichenden Nachweisungen dahingehend vorgesehen, daß auch solche über die Art und die Höhe des Entgelts für die ärztlichen Leistungen sowie die Zahl der Ärzte, Apotheker und Heilmittelhändler vorgesehen waren. Die näheren Bestimmungen waren dem Bundesrat überlassen, der auch die Befugnis erhielt, den Inhalt der Nachweisungen auszudehnen. Daß die Berater des Bundesrats bei der Ausarbeitung dieser näheren Bestimmungen eine besonders glückliche Hand gehabt hätten, kann nicht behauptet werden. Fast allgemein wurden bald nach dem Erscheinen der Ausführungsvorschriften Klagen der Kassen darüber laut, daß die Anweisungen sehr schwer verständlich seien und daß sie außerordentlich viel Arbeit verursachten. Tatsächlich war bei der Aufstellung der Vorschriften sehr wenig von praktischen Gesichtspunkten ausgegangen worden. So wurde z. B. bezüglich der Beiträge neben der Trennung nach den verschiedensten Gruppen der Versicherten, als da sind Hausgewerbetreibende, Unständige usw., und nach den Geschlechtern sowie nach Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten kurzerhand durchweg eine Zerlegung der Beiträge in Beitragsteile der Versicherten und der Arbeitgeber gefordert. Welchen praktischen Wert hat nun beispielsweise die letztgeforderte Feststellung, die sich auf dem Papier allerdings höchst einfach ausnimmt, im Vergleiche zu der dadurch bedingten gewaltigen Arbeitsleistung? Bezüglich der Pflichtbeiträge steht doch — von einigen Ausnahmen abgesehen — fest, daß etwa ⅔ auf die Mitglieder selbst und ⅓ auf die Arbeitgeber entfallen. Welchen Wert konnte es nun haben, zu wissen, daß dieses Verhältnis durch die möglichen Abweichungen von der Regel um diesen oder jenen Bruchteil verschoben wird? Konnte denn vielleicht nach der Durchführung der Einzelbuchung der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmeranteile von einer viel genaueren Ermittlung der Belastung jeder Gruppe gesprochen werden? Zahlen nicht einzelne Arbeitgeber freiwillig oder infolge vertraglicher Abmachung für ihre Angestellten den ganzen Beitrag, ohne daß die Krankenkassen dies erfahren? Stellten andererseits nicht die Beiträge, die infolge unterlassener Anmeldung oder infolge Angabe eines falschen Eintrittstages zwar den Mitgliedern am Lohne gekürzt, die aber nicht an die Kasse abgeführt wurden, zugleich mit den Beiträgen, die der Arbeitgeber infolge unterlassener rechtzeitiger Abmeldung allein zahlen mußte, eine neue, erhebliche Fehlerquelle dar, die von den Kassen unter keinen Umständen überbrückt werden konnte? Hat bei dieser Sachlage und den sonstigen Schwierigkeiten, die nicht alle angeführt werden können, die Zerlegung der Beiträge in die vermeintlichen Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile denn überhaupt einen praktischen Wert? Auch bei einigen anderen Vorschriften konnte mit Recht gefragt werden, ob denn überhaupt ein zuverlässiges, verwertbares Ergebnis zu erzielen war und ob die aufgewendete Mühe denn nun tatsächlich im Verhältnis zu dem etwaigen Nutzen stand. Ein Aufatmen der Erleichterung ging dann auch durch die deutschen Krankenkassen, als der Krieg endlich die allseitig ersehnte, vorläufige Aufhebung der in Rede stehenden Vorschriften des Bundesrats brachte.

Dennoch wäre es sicherlich grundfalsch, nun sogleich das Kind mit dem Bade auszuschütten und fortan der Statistik bei den Krankenkassen weniger Wert beizulegen. Wer hätte auch nicht schon die Erfahrung gemacht, wie bei der Beratung dieser oder jener heiß umstrittenen Bestimmung eines Satzungs- oder Gesetzentwurfes sofort die Meinungsverschiedenheiten verstummen, sobald mit nüchternen Zahlen dargetan werden kann, welche Wirkung diese oder jene Forderung nun tatsächlich ausübt? Die nackten Zahlen reden hier oft eine ergötzliche Sprache. Es könnte dann zuweilen heißen: Rein theoretisch betrachtet, müßte angenommen werden, daß es

Digitized by Google

so und so ist, in Wirklichkeit ist es aber umgekehrt. Am meisten von sich reden gemacht haben in dieser Hinsicht wohl die guten, weit zurückreichenden statistischen Aufzeichnungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig, die sogar bei den Beratungen der gesetzgebenden Körperschaften mehrfach verwertet werden konnten. Nicht unerwähnt bleiben dürfen bei dieser Gelegenheit auch die statistischen Aufzeichnungen einiger Kassen Süddeutschlands, die mit der dem Süddeutschen innewohnenden praktischen Lebensauffassung eigene, gute Wege gingen. So war z. B. vor einigen Jahren bei der Aufstellung eines größeren Gutachtens eine in dem Jahresberichte der Ortskrankenkasse München enthaltene Aufstellung, in der sämtliche Unterstützungsfälle nach ihrer Dauer in einzelnen Gruppen aufgeführt waren, sehr gut zu verwerten. Aus der Aufstellung ergab sich, daß die Zahl der Kranken, die bei der Kasse für 26 Wochen hintereinander Krankengeld bezogen, noch nicht einmal 1 v. H. der Gesamtzahl der Unterstützten oder ½ v. H. der Mitglieder betrug. Andererseits ergab sich aus der Aufstellung die Tatsache, daß das Krankengeld, welches für die ersten 6 Wochen gezahlt wurde, zu dem für die späteren 20 Wochen unter Annahme gleicher Verteilung der Kranken auf alle Lohnklassen sich wie 597 zu 223 stellte. Derartige Feststellungen sind natürlich von außerordentlichem Werte für die Prüfung der Möglichkeit einer weiteren Ausdehnung der Unterstützungsdauer oder einer staffelförmigen Heraufsetzung des Krankengeldes mit dem Eintritt jener Zeiten, in welchen nach längerer Arbeitsunfähigkeit mit einer immer größeren wirtschaftlichen Not bei den Krankengeldempfängern gerechnet werden muß. Auch über das Vorkommen einzelner Krankheiten bei den verschiedenen Berufen bietet der erwähnte Jahresbericht wertvolle Aufschlüsse, die meines Erachtens für die vorbeugende Bekämpfung verschiedener Krankheiten sehr gut verwertet werden können. Diese Art der Fürsorge wird überhaupt erst dann voll gewertet und restlos ausgebaut werden, sobald erst einmal „statistisch" nachgewiesen und allseitig anerkannt ist, daß selbst die kostspieligste Krankheitsverhütung immer noch weit billiger ist, als die spätere Heilung der Krankheiten und ihrer Folgeerscheinungen. Die Kosten der späteren Heilung der durch den Erkrankten angesteckten oder auch nur durch seine wirtschaftliche Not gesundheitlich gefährdeten Dritten brauchen hierbei noch nicht einmal berücksichtigt werden. Nicht unerwähnt bleiben dürfen bei dieser Gelegenheit die außerordentlich umfangreichen, bisher wenigstens in ihrer Ausdehnung in Deutschland unerreichten statistischen Aufzeichnungen des Allgemeinen Knappschaftsvereins in Bochum. Ein ungefähres Bild von der ungeheuren Leistung dieser Verwaltung auf dem Gebiete der Statistik dürfte sich schon ergeben, wenn nur erwähnt wird, daß von dem nicht viel weniger als 1000 Seiten umfassenden Jahresberichte dieser Sondereinrichtung stets der weitaus größte Teil ausschließlich tabellarischen Übersichten gewidmet ist. Fertiggestellt werden diese Übersichten zum größten Teile mit Hilfe von Maschinen, die allein mehrere Tausend Mark Miete jährlich kosten und die mit erstaunlicher Schnelligkeit die nicht beschriebenen, sondern gelochten Zählkarten nach den mannigfachsten Gesichtspunkten ordnen. Obschon die Kassenabteilung A (Krankenkasse) des Allgemeinen Knappschaftsvereins heute in bezug auf die Mitgliederzahl die anderen großen Krankenkassen Deutschlands nicht mehr in dem Maße überragt, wie es früher der Fall war, dürfte eine Statistik in dieser Ausdehnung für die anderen Kassen wohl kaum in Frage kommen.

Von dem Standpunkte des Kassenpraktikers bedarf es zunächst einmal einer grundsätzlichen Entscheidung dahingehend, nach welcher Richtung die Krankenkassen hauptsächlich Statistik treiben sollen. Sollen sie den Hauptwert auf Übersichten legen, die veranschaulichen, wie sich ihre Mitglieder im einzelnen zusammensetzen, welche Summen sie aufbringen usw.? Oder sollen sie ihr Hauptaugenmerk darauf richten, festzustellen, was noch getan werden muß und wie sie ihre Mittel immer zweckentsprechender, nutz-

Digitized by Google

bringender verwerten können? Mit anderen Worten: Ist eine beschauliche, stolze Betrachtung des Geleisteten wichtiger als die mehr vorwärts drängende Frage, wo der Hebel angesetzt werden muß, um unter Erfassung auch des letzten den Kassen zustehenden Pfennigs und Vermeidung aller unnötigen Verluste so planmäßig wie irgendmöglich Krankheiten zu verhüten und zu heilen? Den Krankenkassen, die doch wie wenige Verwaltungen mitten im nüchternen Leben stehen, dürfte die Entscheidung hier nicht schwer fallen. Gewiß ist es nicht unwichtig, zu wissen, wie sich die Mitglieder einer Kasse unter Zugrundelegung der oft für diesen Zweck doch nicht ganz klaren Angaben in den Meldungen auf die verschiedenen Berufe und Berufsarten verteilen, wieviel allmonatlich bei den einzelnen Lohnstufen und Altersklassen zur An- und Abmeldung kommen usw. Mindestens ebenso wichtig aber dürfte es sein, zu wissen, in welchem Maße die verschiedenen Gruppen der Versicherten von bestimmten Krankheiten oder Unfällen heimgesucht worden oder verschont geblieben sind. Wichtig wäre es auch zu wissen, welche Erfolge von verschiedenen Heilanstalten nicht allein nach ihren eigenen Angaben, sondern nach der weiteren Beobachtung der Behandelten durch die Kassen ziffernmäßig erzielt werden, welche Wirkung die Einführung der Familienversicherung und anderer Mehrleistungen auf die Abnahme ansteckender Krankheiten und den Gesundheitszustand der Kassenmitglieder und der Bevölkerung am Sitze der Kasse ausgeübt hat u. a. m. Das gleiche gilt von der Frage, in welchem Verhältnis Licht und Luft in den Wohnräumen sowie die Anzahl der vorhandenen Räume und Schlafgelegenheiten auf die Erkrankungen und ihre Dauer einwirken, wie regelmäßige ärztliche Untersuchungen der Arbeiterschaft einzelner Betriebe, Alkoholverbote, Unfallverhütungsvorschriften, einschränkende Vorschriften für jugendliche und weibliche Personen oder umgekehrt das Arbeiten zur Nachtzeit, gewohnheitsmäßige Überschichten, vorwiegendes Arbeiten in Kellerräumen die Erkrankungsgefahr und -häufigkeit beeinflussen. Die Durchführung der von Direktor Kohn-Berlin schon seit Jahren geforderten Wohnungsstatistik dürfte z. B. gewiß weit wichtiger sein als die Feststellung, welche Arbeitgeberanteile für versicherungspflichtige, männliche Landkassenpflichtige gezahlt worden sind. Wie wenige Kassen haben aber nun tatsächlich eine ausreichende Wohnungsstatistik? Immer und immer wieder sollten die Kassen auf diesem und ähnlichen Wegen Klarheit darüber zu erlangen suchen, wie die Anforderungen an die Krankenkassen durch vernünftige Gegenmaßnahmen auf dem Gebiete der allgemeinen Volksgesundheitspflege sowie durch Aufklärungsarbeit herabgesetzt werden können. Eine außerordentlich eindrucksvolle Sprache redet hier über die Leistungen unserer Sozialversicherung und damit deutscher Kultur überhaupt auch für das Ausland das von der „Studiengesellschaft für soziale Folgen des Krieges in Kopenhagen" herausgegebene neueste „Bulletin". Wenn darin z. B. angeführt ist, daß die Anzahl der Sterbefälle in Deutschland von 27,2 in den Jahren 1871 bis 1880 auf 15,1 im Jahre 1913 gesunken ist und daß im Jahre 1913 auf 100 Lebendgeborene 13,9, im Jahre 1914 15,3, im Jahre 1915 15,1, 1916 aber nur 13,3 Säuglinge starben, dann kann dies unsere Gegner und die Neutralen nur zum Nachdenken anregen. Wenn der Bericht dabei hervorhebt, daß die Jahre 1915—1916 trotz Milchknappheit und Zunahme der Frauenarbeit besser waren und daß zu dieser Entwicklung die vermehrte öffentliche und private Fürsorgetätigkeit stark beigetragen habe, dann kann eine bessere Anerkennung der Kriegserrungenschaften auf dem Gebiete der Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorge sowie ein stärkerer Beweis für die Notwendigkeit des weiteren Ausbaues dieser Einrichtung wohl nicht erbracht werden. Der Bericht weist schließlich weiter nach, daß der Geburtenrückgang in den Großstädten kleiner war als die Abnahme der Geburten insgesamt und daß sich trotzdem in den Großstädten die Sterblichkeitsverhältnisse bei den

Digitized by Google

Säuglingen günstiger gestellt haben als in allen Orten mit mehr als 15 000 Einwohnern. Das sind gewiß Zahlen, die u. a. auch eine erfreuliche Sprache darüber reden, wie planmäßige Aufklärungsarbeit und zunehmende Kultur selbst die oft beklagten Schattenseiten der Großstädte sowie die in ihnen bestehenden Schwierigkeiten der Ernährung wieder wettmachen können. Diese Feststellungen einer Studiengesellschaft eines nach meinen persönlichen Reiseeindrücken in der Kultur recht hoch stehenden kleinen neutralen Staates aber geben zugleich auch wichtige Fingerzeige darüber, was den deutschen Krankenkassen auf dem Gebiete der Statistik noch fehlt.

Es bedarf zunächst einer weit planmäßigeren Arbeit, als sie bisher geleistet worden ist. Irgendeinen Wert hat natürlich jede Statistik. Es muß jedoch zunächst gefragt werden: was müssen wir vor allen Dingen ergründen oder wissen, was ist wichtig und was ist weniger wichtig. — Daran wird sich noch vor der Aufstellung bestimmter Forderungen die Frage zu knüpfen haben, ob die statistischen Angaben unter Zugrundelegung der bestehenden tatsächlichen Verhältnisse überhaupt ohne Schaffung neuer Vorbedingungen zuverlässig zu haben sein werden. Unter Umständen werden sich die Forderungen ohne große Einbuße an ihrem Wert leicht den gegebenen Möglichkeiten und dem Wege anpassen lassen, auf dem die geforderten Zahlen am leichtesten und zuverlässigsten gewonnen werden können. Sodann wird noch einmal nachzuprüfen sein, in welchem Verhältnis der Nutzen der einzelnen statistischen Forderungen zu der erforderlichen Arbeit steht. Erst von diesem bedingten Nutzungswerte ist auszugehen. Nach ihm sind die wünschenswerten Statistiken zu ordnen. Nicht mit großem Aufwand von Kräften Kleines zu erreichen, sondern unter denkbar geringstem Kräfteverlust den größtmöglichen Nutzen zu erzielen; das muß auch hier die Losung sein. Es sollten nur solche statistischen Angaben gefordert werden, von denen anzunehmen ist, daß sie auch in der Praxis wenigstens einigermaßen zuverlässig zu ermitteln sind. Die Statistik soll so weit ausgreifen, als nötig ist, aber auch nicht weiter. Was hier gerade noch ohne besondere Schwierigkeiten geleistet werden kann, was aber nur bei einem einzigen Schritte weiter, ohne ein erheblich besser verwertbares Ergebnis zu liefern, schon ganz erhebliche Schwierigkeiten auslöst und wie es am einfachsten herauszuholen ist, dazu ist der Rat und die ständige Mitarbeit der in der fortdauernden Praxis stehenden Verwaltungsbeamten nicht zu entbehren. Sie allein kennen die praktischen Schwierigkeiten und die technischen Möglichkeiten ihrer Überwindung. Es genügt nicht, zu verhindern, daß die eine Kasse statistische Feststellungen, die sich nach der gleichen Richtung bewegen, nach dieser, die andere dieselben Feststellungen nach jener Einteilung trifft, so daß nachher die Endergebnisse weder verglichen noch zusammengestellt werden können. Es bedarf demnächst auch einer lückenlosen Zusammenstellung aller Ergebnisse. Damit ist die Arbeit aber keineswegs beendet, sondern jetzt kommt erst die Hauptsache: das ist die restlose Verwertung der gewonnenen Ergebnisse. Hieran hat es bisher, wenn auch seitens der Verbände nach dieser Richtung hin bereits mehrfach Schritte getan worden sind, bisher wohl am meisten gefehlt. Was nutzen die schönsten statistischen Aufmachungen, wenn sie nicht genügend zur Geltung kommen!

Wie neben diesem einheitlichen planmäßigen Vorgehen immer noch genügend Spielraum für Sonderbestrebungen bleiben wird, die dann oftmals zu einem weiteren Ausbau der allgemeinen Statistik führen werden, bedarf es selbstverständlich von Jahr zu Jahr eines immer zweckmäßigeren Ausbaues der getroffenen Einrichtungen. Deshalb muß allen Beteiligten Gelegenheit zu entsprechenden Anregungen und Verbesserungsvorschlägen gegeben werden. Diese Anregungen können natürlich auch von der breiteren Öffentlichkeit ausgehen. Letztere muß sogar durch ständige, regelmäßige statistische Mitteilungen zu immer größerem

Digitized by Google

Verständnis für das Wirken der deutschen Arbeiterversicherung erzogen werden. Wie außerordentlich knapp sind z. B. heute noch die Aufklärungen, die den werdenden Menschen in der Schule über soziale Einrichtungen u. dgl. werden! Auch hierin muß Wandel geschaffen werden. Die Statistik der deutschen Krankenkassen muß so ausgebaut werden, daß sie nicht nur im einzelnen oder im großen und ganzen aufspürt, wo Ersparnisse oder Verbesserungen erzielt werden können und Fortschritte nötig sind, um im Kampfe gegen Krankheit und Tod immer größere Erfolge zu erzielen, sondern sie hat auch die Aufgabe, der Fachwelt und der Allgemeinheit deutlich vor Augen zu führen, was getan werden kann und — das ist die Hauptsache — was noch getan werden muß. Es schadet gar nicht, wenn sich die breiteste Öffentlichkeit immer und immer wieder mit sozialen Fragen (Problemen) befaßt. Dadurch allein kann immer mehr Verständnis und Anteilnahme geweckt werden.

Um dies alles durchzusetzen, bedarf es einer planmäßigen Arbeit der in Betracht kommenden Stellen in möglichst einheitlichem Zusammenwirken. Letzten Endes würde dazu auch eine großzügige Beseitigung der Hemmungen beitragen, die sich durch die Zersplitterung der eigenen Organisation und durch den Mangel höchster und allerhöchster Stellen ergeben, die sich einzig und allein mit der Förderung der Volkswohlfahrtspflege im Reiche zu befassen haben und die dabei gleichzeitig mit den Trägern der Reichsversicherungsordnung von unten herauf in ständiger, inniger Fühlung stehen. Der Nutzen solcher organisatorischer Änderungen wäre gewiß nicht gering zu veranschlagen. Würde er statistisch zu erfassen sein, dann würde sich auch hieraus in beredten Zahlen eine erhebliche Steigerung der Volksgesundheit herleiten lassen. Es würde damit ohne große Ausgaben, allein auf dem Wege der Verbesserung der Betriebseinrichtungen an Stelle der heutigen Zersplitterung ein großes, festgefügtes einheitliches Ganze treten, dessen Wert, in Reichswährung umgerechnet, dem von vielen Hunderttausenden in Mark gleichkommen würde. — Mittel in höherem Maße nutzbar machen, heißt Mittel sparen oder ihren Wert verdoppeln. Dazu kann, wie in jedem Betriebe, so auch bei Krankenkassen, eine gute Statistik dienen. Sie wird aber nur dann vollen Wert haben, wenn sie möglichst allgemein planmäßig nach bestimmten Gesichtspunkten erhoben und demnächst auch restlos verwertet wird.

III. Kassenprüfungen und Verwaltungsrevisionen. — Über die Notwendigkeit regelmäßiger Kassenprüfungen hat bei allen Kassenverwaltungen und den ihnen vorgeordneten Stellen bisher nie ein Zweifel bestanden. Man unterscheidet in der Regel „ordentliche", d. h. solche Kassenprüfungen, die planmäßig an bestimmten Tagen oder doch wenigstens innerhalb gewisser kürzerer Zeitabschnitte, meist vierteljährlich oder monatlich, stattzufinden haben und „außerordentliche", d. h. unvermutete Revisionen, für die übrigens gleichfalls eine bestimmte Mindestzahl für einen gewissen größeren Zeitabschnitt vorgeschrieben zu sein pflegt.

Vielfach spielt immer noch bei beiden Arten von Prüfungen die Hauptrolle die Feststellung, ob alle Einnahmen und Ausgaben ordnungsmäßig verbucht und belegt sind, ob der buchmäßige Barbestand und die übrigen Wertobjekte vorhanden sind usw. Jedoch sind in der neueren Zeit allmählich immer mehr Verwaltungen dazu übergegangen, sich nicht auf die rechnerische Prüfung, deren Einzelheiten zu bekannt sind, als daß sie hier besonders erwähnt werden müßten, sowie auf die meistens damit verbundenen kleinen Stichproben einfachster Art zu beschränken. Die Erfahrungen, die sie oder andere Kassen gelegentlich der mehr und mehr in Aufnahme kommenden außerordentlichen Prüfungen der gesamten Verwaltung durch fachmännisch geschulte, in der täglichen Praxis stehende Kräfte gemacht haben, können zu einer solchen weiteren Ausdehnung der

Digitized by Google

Prüfungen nur ermuntern. Auch jeder tüchtige Kassenverwalter wird die Gelegenheit, einmal den Nachweis erbringen zu können, daß bei der von ihm geführten Kasse alles in denkbar bester Verfassung ist, ebenso willkommen heißen, wie er immer noch gern dies und jenes, was bei anderen Kassen erprobt ist, hinzulernen wird, um zu immer größerer Vollkommenheit zu gelangen.

Wie steht es nun mit den tatsächlichen Ergebnissen solcher außerordentlichen, fachlichen Durchprüfungen der gesamten Verwaltungstätigkeit? — Sie haben einwandfrei ergeben, daß die Prüfungen durch Laien oder andere, zwar kassentechnisch, aber nicht auf allen sonst in Frage kommenden Sondergebieten fachlich vorgebildete Prüfer bei weitem nicht ausreichen. Was bezüglich dieser Behauptung nachfolgend im besonderen von den Krankenkassenverwaltungen gesagt ist, wird — wenn auch in bezug auf andere Dinge — in seinem Endergebnis mehr oder weniger auf alle Kassenverwaltungen zutreffen. Tatsächlich hat sich herausgestellt, daß die Beachtung rein kassentechnischer, jedem Kassenbeamten von altersher in Fleisch und Blut übergegangener Gebote, wie die Aufbewahrung sämtlicher Vermögenswerte unter Mitverschluß eines anderen und die Sicherstellung einer ähnlichen Bürgschaft für die Abhebungen von den Sparbüchern und Scheckkonten, die Belegung jeder Einnahme und jeder Ausgabe mit einer ordnungsmäßigen, vom Kassenvorsitzenden unterschriebenen Anweisung usw. noch nicht das Wichtigste ist. Damit allein ist es — so unbedingt erforderlich auch diese Grundlagen einer ordnungsmäßigen Buch- und Rechnungsführung sind — nicht getan. Ebenso notwendig, für die Erzielung günstiger Wirtschaftsergebnisse aber ungleich wichtiger, ist die Durchprüfung der gesamten inneren Verwaltungsorganisation und aller Verwaltungsmaßnahmen und -geschäfte einschließlich aller Einnahmen und Ausgaben sowohl auf ihre Zulässigkeit als auf ihre Zweckmäßigkeit oder ihre Wirtschaftlichkeit. Gewiß nutzt es nicht, sich nachträglich vorzuhalten, das und das hätte anders gemacht werden müssen. Jedoch läßt sich mancher Verlust auch noch nachträglich wieder hereinholen und in den verbleibenden Fällen wird es schon ein großer Gewinn sein, wenn der gleiche Fehler für die Zukunft vermieden wird. Zu den nur scheinbar unbedeutenden Fragen gehört z. B. die Möglichkeit einer einfacheren, leichteren und doch zweckmäßigeren Erledigung und Festhaltung (Registrierung) der Geschäftsvorfälle. Jede solche bessere Regelung oder Einteilung bedeutet gewöhnlich eine Ersparnis an Verwaltungskosten oder eine schärfere Erfassung der Einnahmen und Ausgaben, was gleichfalls Ersparnisse mit sich bringt. Die Abschaffung veralteter oder überflüssiger Tagebücher, die Vermeidung von sogenannten Aktenentwürfen (Konzepten) und die Beseitigung manches anderen Ballastes, ohne den die meisten Verwaltungsmänner der alten Schule nicht auskommen können, hat mit der gleichzeitigen Nutzbarmachung von Schreib- und Rechenmaschinen sowie der möglichst ausgiebigen Anwendung der Stenographie und des Fernsprechers stets eine erhebliche Verminderung der Verwaltungskosten im Gefolge. Das gilt natürlich in gleichem Maße — dort, wo sich schriftliche Mitteilungen nicht vermeiden lassen — von der Benutzung von Vordrucken, wenn diese wirklich neuzeitlich ausgebaut und stets auf den ersten Griff zur Hand sind. — Gegenbücher, Sollisten, Restlisten usw. müssen — bei Herabminderung des Schreibwerks in ihnen auf das denkbar geringste Maß — doch jederzeit auf dem einfachsten Wege schnelle und völlige Klarheit darüber schaffen, welche Beträge bereits eingegangen sind, welche noch ausstehen, wie weit das Einziehungsverfahren gediehen ist usw.

Die gleiche Gewißheit, daß der Kasse auch nicht der geringste ihr zukommende Betrag entgeht, muß auch auf dem Gebiete der Beitragsberechnung bestehen. Ob der Gesamtarbeitsverdienst und die Lohnstufen richtig berechnet, ob die Beiträge der Ersatzkassenmitglieder richtig gefordert wurden und manches andere mehr wird letzten Endes nur ein Fachmann prüfen können, der über das

Digitized by Google

geltende Recht und seine Ergänzungen durch die Rechtsprechung völlig auf dem Laufenden ist. So steht z. B. fest, daß trotz der mehrfachen Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ein großer Teil der Krankenkassen die Beiträge regelmäßig nur bis zum Tage des Austritts und nicht bis zum Tage der Abmeldung erhebt. Das ist wirklich Tatsache und gilt nicht nur von ganz kleinen Kassen. Noch weit ärger ist es mit der Geltendmachung der gesetzlichen Ersatzansprüche bestellt. Hier wird auch nur ein erfahrener Fachmann feststellen können, ob die Kasse überhaupt ausreichende Vorkehrungen nach der Richtung getroffen hat, daß sie in jedem einzelnen Falle das Vorhandensein solcher Umstände erfährt, auf die ein Ersatzanspruch gestützt werden kann. Erst danach tauchen die weiteren Fragen dahingehend auf, ob die Ersatzansprüche auch in allen Fällen, in denen sie Aussicht auf Erfolg versprechen, geltend gemacht werden, ob sie in der richtigen, gesetzmäßigen Höhe erhoben werden, ob sie nötigenfalls auf dem gesetzlichen Wege durchgesetzt werden usw. Hier gehen den Krankenkassen und damit der sozialen Krankenfürsorge überhaupt ganz gewiß fortdauernd beträchtliche Summen verloren. Diese Fehler aufzufinden und gleichzeitig die nötige Belehrung über die anerkanntermaßen oft recht verzwickten Rechtsfragen zu geben, wird selbst dem bestgeschulten Bücherprüfer aus dem Kaufmannsstande oder anderen Kassenverwaltungen nicht möglich sein. Es kommen dabei außer dem Krankenversicherungsgesetz in seiner neuen Fassung, d. i. dem 2. Buche der RVO., auch das 3. und 5. Buch, das BGB., das Haftpflichtgesetz usw. in Betracht.

Bei der Nachprüfung des Beitreibungsverfahrens ist zu prüfen, ob nicht der Kasse vermeidbare Verluste durch die verspätete Einziehung ihrer Forderungen — mag es sich nun um völlige Ausfälle oder nur um entgangene Zinsen handeln — entstehen. Schließlich können den Kassen auch durch die mangelhafte Ausnutzung aller Beitreibungsmöglichkeiten (Offenbarungseid, Strafverfahren usw.) Schäden erwachsen. Auch hier können durch eine nachlässige Geschäftsführung die Ausfälle an Zinsen und völligen Abgängen leicht in die Hunderte und Tausende gehen. Würde doch z. B. eine mittlere Kasse allein dadurch, daß es ihr möglich ist, ihre Jahreseinnahme von 600 000 *M* im Durchschnitt auch nur 15 Tage früher hereinzubringen, alljährlich 1000 *M* an Zinsen retten, ganz abgesehen von den Verlusten, die dadurch entstehen, daß in der Zwischenzeit Schuldner zahlungsunfähig werden. Auch die rechtzeitige Unterbrechung der Verjährungen, die sachkundige Erledigung von Streitigkeiten, die genaue, übersichtliche Aufzeichnung unbeibringlicher Forderungen, die ständige Überwachung der Schuldner sowie der sofortige Zugriff, falls sie gutentlohnte Arbeit annehmen u. v. a. m. gehören hierher. An keiner einzigen Stelle darf die planmäßige Arbeit der Verwaltung Lücken aufweisen. Fast immer aber wird sich hier Gelegenheit finden, die Kasse auf neue, erprobte Möglichkeiten hinzuweisen, die ihr neue, ihr nach Gesetz und Recht zustehende Einnahmen bringen oder ihr doch unnötige Ausgaben ersparen können. Daneben wird Raum für Fingerzeige sein über eine noch zweckmäßigere Ausgestaltung des Lohnklassensystems, des Beitragshebeverfahrens u. a. m.

Noch weit schwieriger, dafür aber meistens noch nutzbringender ist die Nachprüfung der Ausgaben und der Verwaltungsmaßnahmen, die mit ihnen zusammenhängen. Die richtige Berechnung des Krankengeldes, die Prüfung der Anspruchsberechtigung und der Unterstützungsdauer, ferner die Nachprüfung, ob frühere Krankengeldbezugszeiten bei der gleichen oder bei anderen Kassen anzurechnen waren, ob die Ersatzansprüche von Armenverbänden, anderen Kassen und Berufsgenossenschaften wirklich in der berechneten Höhe berechtigt waren, ob die Kostenrechnungen auswärtiger Ärzte nach den Bestimmungen der Gebührenordnung berichtigt wurden, ob Doppelzahlungen vorgekommen sind, ob die ärztlichen Verordnungen auf sparsame Verordnungsweise und die Apo-

Digitized by Google

thekerrechnungen auf richtige Austaxierung durchgesehen sind, ob die bestehenden Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern eingehalten sind, ob die vereinbarten Sätze mit ihnen und anderen Lieferanten angemessen sind u. v. a. m. kommen in Betracht. Was letzteres anbetrifft, so bezahlen z. B. große Krankenkassen nachgewiesenermaßen für einzelne Heilmittel und sonstige Leistungen über das Doppelte dessen, was andere Nachbarkassen für Leistungen von genau dem gleichen Werte zahlen. Selbst der tüchtigste Kassenverwalter wird hiernach auch auf diesem Gebiete noch Ratschläge entgegennehmen können, die der von ihm geleiteten Kasse alljährlich namhafte Summen an Ersparnissen einbringen. In vielen Fällen wird sich weiterhin auch ergeben, daß bei der Berechnung der Ersatzansprüche, die seitens anderer erhoben werden, eine genauere Kenntnis der gesetzlichen Vorschriften und der dazu ergangenen Entscheidungen die Kasse ebenso vor Schaden bewahren kann, als dies die genaue Kenntnis der Bestimmungen über die Zahlung der Beiträge für Versicherungspflichtige vermag, die nach Aufnahme der Beschäftigung befreit werden oder einer Ersatzkasse angehören. Alle Verluste sind hier doppelt ärgerlich, weil sie den Kassen zugunsten solcher Arbeitgeber u. dgl. entzogen werden, die diese ungesetzliche Schonung auch sonst keineswegs verdient haben. Das gleiche gilt auch für alle diejenigen Fälle, in denen ein Mitglied durch die Schuld Dritter verletzt oder erkrankt ist. Obschon die Beitreibung dieser gesetzlichen Ersatzansprüche hier erwiesenermaßen nicht immer so aussichtslos ist, wie es den Anschein hat, wenden die meisten Kassen diesen Einnahmequellen doch nur sehr geringe Aufmerksamkeit zu. Ähnliches ist von einer geregelten, gut ausgebauten Krankenaufsicht und von einer Überwachung der Einweisung in die Krankenhäuser zu sagen. Nicht zuletzt aber ist den Kassen meistens bei den Verwaltungskosten die Möglichkeit nachzuweisen, erhebliche Ersparnisse zu erzielen. Ob es sich hier nun um den Einkauf von Drucksachen oder anderem Bureaubedarf oder um anscheinend noch unwichtigere Dinge, wie die Benutzung von Postkarten und Drucksachen zur Porto-ersparnis, die Verminderung unnötigen Schreibwerks durch die ausgiebige Benutzung des auch in bezug auf leichte Erreichbarkeit möglichst dicht an die einzelnen Angestellten heranzurückenden Fernsprechers oder die Anwendung brauchbarer Vordrucke u. dgl. handelt, fast immer wird es denkbar sein, die sächlichen und gleichzeitig damit durch die Verminderung der unnützen Arbeit auch die persönlichen Verwaltungskosten herabzusetzen. Daß nach der anderen Seite jedoch die Beschäftigung billiger, minderwertiger Arbeitskräfte, das Fehlen von Handbüchern und Zeitschriften keine Ersparnis, sondern in Wirklichkeit stets einen vielfachen Verlust bringt, wird hier und da ebenso hervorzuheben sein, wie die Notwendigkeit regelmäßiger Unterweisungen u. dgl. für die Angestellten.

Ist es so einem tüchtigen Verwaltungsmanne, der in der Krankenkassenpraxis steht, möglich, der geprüften Kasse auch nur bei einzelnen Titeln dazu zu verhelfen, daß sie hier einige Tausend Mark mehr einnimmt und an einzelnen anderen Stellen einige Hundert Mark weniger verausgabt, dann werden sich die Kosten seiner Hinzuziehung außerordentlich gut bezahlt machen. Daß er neben all den bereits angeführten Dingen auch noch eine ganze Reihe weiterer Einzelheiten (die mündelsichere und gutverzinsliche Anlage der Vermögenswerte, die glatte Abfertigung der Mitglieder, die übersichtliche Führung der Akten, der Kartenregister u. dgl.) nachprüfen und begutachten wird, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Auch die Unterbreitung bestimter Vorschläge über die Erzielung besserer Rechnungsergebnisse oder günstigerer, schnellerer Heilungen durch Satzungsänderungen, durch die Selbstabgabe von Heilmitteln oder die Errichtung eigener Zahnkliniken, Badeanstalten usw. käme — wenn auch nur letzten Endes und unter vorsichtiger Bewertung der besonderen dazu am Orte ermutigenden Verhältnisse —

Digitized by Google

ab und zu bei vergleichsweiser Anführung von Musterbeispielen, die zur Besichtigung zu Gebote stehen, in Betracht.

Nach allem steht fest, daß mit dem bisherigen System der unterschiedslosen, schematischen Kassenprüfungen, wie sie noch bei den meisten Kassen üblich sind, und bei denen sich die ordentlichen und außerordentlichen Prüfungen kaum voneinander unterscheiden, gründlich gebrochen werden muß. Wenn die Kassen, die in den kommenden Zeiten wirklich jeden Pfennig brauchen werden, ohne überflüssige Verluste arbeiten sollen, dann ist die dauernde Heranziehung von Sachverständigen zu Kassenprüfungen unentbehrlich. Ob nun hierbei zwischen Kassenrevisionen und Verwaltungsrevisionen unterschieden wird und ob erstere durch Vorstandsmitglieder oder sonstige Beauftragte mit rein kassentechnischer Vorbildung vorgenommen werden können oder ob es besser ist, beide gleichzeitig regelmäßig durch Sachverständige vornehmen zu lassen, die sich selbstverständlich bei den kleinen Prüfungen unter Hinweis auf eine vor nicht zu langer Zeit vorgenommene allgemeine Prüfung darauf beschränken werden, die nach ihren Erfahrungen und den bindenden Satzungsvorschriften notwendigen Feststellungen zu treffen, erscheint in diesem Zusammenhange ziemlich nebensächlich. Es wird dies in jedem einzelnen Falle von mancherlei besonderen Umständen (den örtlichen Verhältnissen, den Entfernungen, der Sachkunde der sonst zur Verfügung stehenden ehrenamtlichen Kassenprüfer usw.) abhängen. Die Hauptsache bleibt, daß überhaupt erst einmal die Notwendigkeit anerkannt wird, von Zeit zu Zeit umfassende Verwaltungsrevisionen vorzunehmen. Dabei ist nicht unter allen Umständen erforderlich, daß nun sogleich für die Krankenkassen eine ähnliche Einrichtung wie die Kgl. Pr. Oberrechnungskammer geschaffen wird. Wie außerordentlich notwendig aber eine Einrichtung der hier geschilderten Art für die meisten mittleren und kleinen Kassen in Wirklichkeit ist, wissen wohl die wenigsten unserer Pfadfinder auf dem Gebiete der Krankenversicherungs-Gesetzgebung. Daß hier alle Mutmaßungen durch die Wirklichkeit übertroffen werden, daß oft eine geradezu erschreckende Unsicherheit und Ungewißheit herrscht, die sich über versicherungsrechtliche und versicherungswirtschaftliche Fragen gleichmäßig erstreckt, wird mit sachlicher Vorurteilslosigkeit nur der bestätigen können, der mehrfach Gelegenheit hatte, einen Einblick in die Geschäftsführung solcher Kassen zu nehmen.

Was nun die Beschaffung solcher Kassenprüfer anlangt, so könnte zunächst naheliegen, zu ihrer Gewinnung zwischen benachbarten Kassen Vereinbarungen zu treffen, wonach sich die Kassen ihre Beamten für solche Prüfungen gegenseitig zur Verfügung stellen. Neben manchen anderen Bedenken wäre hier jedoch zu erwägen, daß ein Hauptvorteil solcher Prüfungen uneinbringlich verloren ginge. Es ist ganz selbstverständlich, daß ein lediglich für solche Prüfungen im Hauptamte angestellter Revisor, der jahraus, jahrein Kassen prüft, nicht nur eine viel größere Gewandtheit erlangen würde, sondern daß er auch dadurch, daß er im Laufe der Zeit immer mehr Kassen zu Gesicht bekommt, ein immer reiferes Urteil erlangen müßte. Dazu käme dann noch ein unschätzbarer Gesamtüberblick. Die von ihm ausgehenden, zweckmäßig auch von Zeit zu Zeit durch die Fachpresse zu veröffentlichenden Anregungen würden gewiß für die Allgemeinheit der Kassen von großem Werte sein.

Danach kann nur die Anstellung von Kassenprüfern für bestimmte größere Bezirke in Frage kommen. Ob die Anstellung nun durch die Oberversicherungsämter oder durch die Verbände erfolgt, erscheint zunächst minder wichtig, obschon aus mancherlei Gründen eine Anstellung durch die Verbände wohl zweckmäßiger sein würde. Der Überblick würde größer und freier, der Nutzen durch den Anschluß an andere Verbandseinrichtungen erheblich höher sein. Die Hauptsache aber bleibt — darauf kann nicht genug hingewiesen werden —, daß die Angelegenheit zunächst einmal tatkräftig in Angriff genommen wird, daß Beschlüsse gefaßt

Digitized by Google

und Abmachungen getroffen werden, die ein Inkrafttreten der Einrichtung spätestens unmittelbar nach Beendigung des Krieges sicherstellen. Dabei sollte unbedingt von möglichst großzügigen Gesichtspunkten ausgegangen werden. Gelänge es z. B., die Knappschaftsvereine, die eigene Krankenkassen mit allerlei Sondereinrichtungen haben, zum Anschluß oder wenigstens zur Mitbenutzung der Einrichtung zu bewegen, so würde das bei den guten und gesunden Anregungen, die hinüber und herüber gehen würden, nur von Vorteil sein. Es gibt wirklich niemand, der nicht mehr hinzulernen könnte. Oftmals bietet sogar eine Einrichtung, die in der vorliegenden Form nicht zweckmäßig erscheint, fruchtbringende Anregungen, aus denen heraus sich dann erst etwas wirklich Vollkommenes entwickelt. Daß die von den beteiligten Kassen zu erstattenden Kosten der bei ihnen vorgenommenen Prüfungen in gar keinem Verhältnis zu dem unmittelbaren Nutzen stehen würden, bedarf gar keiner Frage. Es ist im Gegenteil anzunehmen, daß von den Kassen noch gern ein kleiner Aufschlag getragen werden würde, der dazu dienen könnte, die Kosten des weiteren Ausbaues der Einrichtung zu decken. Der Weg zu der vorgeschlagenen allgemeinen Einführung von Verbandsprüfern ist danach so einfach und leicht, daß nur eins wunder nehmen muß, und das ist die Frage, warum er nicht schon längst in möglichst ausgedehntem Maße beschritten worden ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungsrechtliche Stellung eines Monteurs, insbesondere bei vorübergehender Vertretung des Betriebsleiters.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 8. November 1916 (P. 5/16).

Es ist zu unterscheiden zwischen der regelmäßigen Tätigkeit des K. und den durch die längere Beurlaubung des Betriebsleiters im Jahre 1913 und durch seine Einberufung zum Kriegsdienst geschaffenen besonderen Verhältnissen. In ersterer Hinsicht ist die Versicherungspflicht des K. aus folgenden Erwägungen zu verneinen. Nach Nr. 37 der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 (Amtl. Nachr. 1912 S. 720 ff.) sind Arbeiter-Personen, die als lediglich ausführende Hilfskräfte hauptsächlich ihre körperliche Arbeitskraft einem anderen zur Verfügung stellen. Im einzelnen Falle kann dabei die Arbeitsleistung nicht unerhebliche Kenntnisse und selbst geistige Tätigkeit erfordern, z. B. bei Druckern, Präzisionsmechanikern u. dgl. Auf diese Anleitung des Reichsversicherungsamts nimmt die Begründung des Gesetzentwurfs (S. 92) zur Abgrenzung des in die Angestelltenversicherung aufzunehmenden Personenkreises Bezug. Auch bei der Beratung des § 1 des Gesetzentwurfs in der Kommission des Reichstags — und zwar bei der Erörterung des Begriffs der Bureauangestellten — wurde davor gewarnt, die einfache mechanische Arbeit mit der Feder über andere Handarbeit zu stellen, da letztere nicht nur einen höheren wirtschaftlichen Wert haben könne, sondern häufig eine viel größere Fähigkeit und Kunstfertigkeit voraussetze; dabei wurde auf Optiker, Feinmechaniker u. dgl. hingewiesen (zu vgl. Kommissionsber. S. 9). Demgemäß hat das Oberschiedsgericht bereits in einer Entscheidung vom 29. Januar 1916 — P. 93/15 — die Versicherungspflicht von Lehrenraumgehilfen verneint, die mit Hilfe von Meßwerkzeugen (Lehren) Gußstücke und Schmiedeteile auf Maß- und Materialfehler zu prüfen haben. Ohne die Schulung, Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit zu verkennen, die bei diesen Arbeiten erforderlich ist, hat das Oberschiedsgericht doch angenommen, daß die Verantwortung dieser Gehilfen nicht über das Maß hinausgehe, das von jedem Arbeiter in der Feinmechanik verlangt werden müsse. Ebenso ist in der grundsätzl. Entsch. vom 23. Juni 1916 — P. 115/15 —, „AngestVers." 1916 S. 270 Nr. 164, die Versicherungspflicht von Monteuren für Gas- und Wasserlei-

Digitized by Google

tungs- und Kanalbauten verneint, weil es sich hier lediglich um mit besonderen Fachkenntnissen ausgestattete Arbeiter handle. Endlich hat das Oberschiedsgericht in der grundsätzl. Entsch. vom 15. September 1916 — P. 122/16 — die Versicherungspflicht eines bei der Aufstellung von Eisenkonstruktionen tätigen Monteurs verneint. Eine andere Beurteilung ist auch im vorliegenden Falle nicht gerechtfertigt. K. ist als ein Facharbeiter anzusehen und steht als solcher grundsätzlich auf der gleichen Stufe mit einem Schlosser, Schmied, Mechaniker usw. In der Bewertung seiner Arbeitsleistung tritt auch keine Änderung dadurch ein, daß K. die Elektrizitätszähler anzubringen, auszubessern, auszuwechseln und zu prüfen hat. Namentlich das Prüfen der Zähler vollzieht sich mechanisch auf Grund gewisser Kenntnisse, die eben ein Facharbeiter haben muß, ohne daß dabei ein tieferes Eindringen in die Gesetze der Elektrotechnik erforderlich wäre. Des weiteren ist die Stellung des K. nicht mit einer derartigen Selbständigkeit und Verfügungsgewalt ausgestattet, daß sie um deswillen als eine gehobene zu betrachten wäre. Insbesondere kommt ein Vorgesetztenverhältnis gegenüber den Maschinisten und Heizern nicht in Betracht, mag es auch zu seinen Aufgaben gehören, die neu eintretenden Bediensteten anzulernen und bei kleineren Störungen im Betriebe, soweit zu deren Beseitigung die Maschinisten und Heizer nicht in der Lage sind, die erforderlichen Anordnungen zu treffen. Bei den Außenarbeiten aber steht er unter fortlaufender Überwachung des Betriebsleiters und hat selbst zuzugreifen; soweit ihm dabei Arbeiter beigegeben werden, nimmt er etwa die Stellung eines Schachtmeisters ein, deren Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte das Oberschiedsgericht bisher verneint hat.

Was sodann die Stellung des K. während eines längeren Urlaubs des Betriebsleiters betrifft, so sind bereits bei der Beratung des Gesetzentwurfs in der Reichstagskommission (Kommissionsber. S. 9 und 10) Bedenken über die Behandlung der Fälle hervorgetreten, in denen eine dem Arbeiterstand angehörende Person vorübergehend die Leitung des Betriebes übernehme, z. B. ein Geselle nach dem Tode eines Handwerksmeisters. Ein Vertreter der Regierung bemerkte dazu, daß unter diesen Umständen die Versicherungspflicht des mit erweiterten Befugnissen ausgestatteten Handwerksgesellen nicht ohne weiteres zu bejahen sei. In sinngemäßer Fortführung dieses Gedankens wird auch bei der Vertretung eines beurlaubten Betriebsbeamten durch einen nach seiner Erfahrung dazu berufenen Arbeiter die Versicherungspflicht des letzteren nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte um so mehr zu verneinen sein, als diesen Personen, die an sich nicht zum Kreise der Angestellten gehören und infolgedessen keine Aussicht einer ständigen Beitragsleistung für diesen Zweig der Sozialversicherung haben, durch eine vorübergehende Heranziehung zur Versicherung nur Lasten, aber keine Vorteile erwachsen würden.

Ähnliche Erwägungen treffen auch für die durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse zu. Ihnen hat der Bundesrat durch eine auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) erlassene Verordnung Rechnung getragen, die unter dem 30. September 1916 vom Reichskanzler bekanntgemacht ist (zu vgl. RGBl. S. 1097). Danach ist mit Wirkung vom Kriegsbeginn an bestimmt, daß Personen, die vor dem gegenwärtigen Kriege eine an sich nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, hinsichtlich einer nur für die Dauer des Kriegszustandes angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte sind. K. hat, wie auch der Magistrat nicht bestreitet, zur Zeit die Stellung eines Betriebsleiters und damit eine nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Stellung. Diese ist ihm aber nur für die Dauer der Einberufung des Betriebsleiters zum Heeresdienst übertragen. Bis zum Kriegsausbruch hatte er, wie gezeigt, keine gehobene Stellung. Ebenso ist es ungewiß, ob und wann er nach Beendigung des Krieges eine solche ausüben wird. Er ist deshalb auch in der für die Dauer des Kriegszustandes ihm übertragenen Stellung nicht versicherungspflichtig.

Hiernach war die Vorentscheidung aufzuheben und auszusprechen, daß K. in seinem Beschäftigungsverhältnis bei dem Elektrizitätswerk der Stadt S. zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der RVO. bezeichneten Personen gehört.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Neue Bestimmungen über die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen.

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw.** vom 27. Juni 1917 (HMBl. S. 198).

Der § 1 Ziffer 2 Abs. 1 unserer Bestimmungen über die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen vom 16. Februar 1916 (HMBl. S. 56) erhält die folgende Fassung:

2. a) zu Versammlungen von Kassenvereinigungen, die sich über den Bezirk einer Landesversicherungsanstalt hinaus erstrecken, dürfen Kassen mit mehr als 100 000 Mitgliedern 5, mit mehr als 50 000 bis 100 000 Mitgliedern 4, mit mehr als 25 000 bis 50 000 Mitgliedern 3, mit mehr als 5000 bis 25 000 Mitgliedern 2 und mit 5000 oder weniger Mitgliedern 1 Vertreter entsenden,

   b) zu Versammlungen von Kassenvereinigungen, die sich nicht über den Bezirk einer Landesversicherungsanstalt hinaus erstrecken, dürfen Kassen mit mehr als 100 000 Mitgliedern 6, mit mehr als 50 000 bis 100 000 Mitgliedern 5, mit mehr als 25 000 bis 50 000 Mitgliedern 4, mit mehr als 5000 bis 25 000 Mitgliedern 3 und mit 5000 oder weniger Mitgliedern 2 Vertreter entsenden.

„Katasterzögling" als Lehrling.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. April 1917.

Nach § 165 Abs. 2 RVO. ist Voraussetzung der Krankenversicherungspflicht der Bezug eines Entgelts; nur für Lehrlinge aller Art besteht dies Erfordernis nicht. Da nun ein Betrag von monatlich 10 ℳ zu gering ist, um, zumal in einer Großstadt und unter den gegenwärtigen Verhältnissen wirtschaftlich ins Gewicht zu fallen, und daher nicht als Arbeitsentgelt betrachtet werden kann, so hängt die Entscheidung über die Krankenversicherungspflicht des J. davon ab, ob ein Katasterzögling zu den „Lehrlingen aller Art" im Sinne des § 165 Abs. 2 zu rechnen ist. Dies ist eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung, über die eine oberstrichterliche Entscheidung noch nicht vorliegt. Die Voraussetzungen, von denen § 1799 RVO. die Abgabe einer Sache an das Reichsversicherungsamt abhängig macht, sind somit gegeben.

§ 1 KVG. knüpfte die Versicherungspflicht einer Person an ihre entgeltliche Beschäftigung in gewissen Betrieben und Gewerbszweigen, und zwar erklärte Nr. 2a daselbst die im Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare und Gerichtsvollzieher gegen Gehalt oder Lohn beschäftigten Personen für versicherungspflichtig. Bei dem Vorliegen dieser Voraussetzung erstreckte sich die Versicherungspflicht also auch auf sogenannte Bureau- oder Schreiberlehrlinge, ohne daß es der Prüfung bedurfte, ob sie im Rechtssinne als Lehrlinge oder etwa als Gehilfen zu gelten hätten. Im Gegensatz zu § 1 KVG. ging der Entwurf der Reichsversicherungsordnung nicht von der Beschäftigung in bestimmten Betriebszweigen aus, sondern machte im Anschluß an § 1 JVG. sowohl im § 177 (jetzt § 165) für die Krankenversicherung wie im § 1212 (jetzt 1226) für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Versicherungspflicht von der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen abhängig, um auf diese Weise eine möglichst vollständige Übereinstimmung der von beiden Versicherungszweigen umfaßten Personengruppen herbeizuführen (zu vgl. Begr. S. 85). Voraussetzung der Versicherung sollte für sämtliche der im § 177 des Entwurfs bezeichneten Personengruppen mit alleiniger Ausnahme der Hausgewerbetreibenden die Entgeltlichkeit der Beschäftigung bilden, also auch für Lehrlinge. Bei der Kommissionsberatung wurde jedoch auf mehrfachen Antrag beschlossen, die Versicherungspflicht der Lehrlinge auch für den Fall gelten zu lassen, daß sie ohne Entgelt beschäftigt würden. Zur Begründung war darauf hingewiesen worden, daß es zahlreiche Lehrlinge und Lehrmädchen, z. B. im Handelsgewerbe und im Schneiderinnenberufe gäbe, die vom Meister keinerlei Entgelt, also auch nicht Kost und Wohnung bezögen, sondern häufig noch Lehrgeld bezahlten, deren Eltern sich aber in ärmlichen Verhältnissen befänden und schwer betroffen würden, wenn sie in Krankheitsfällen während der Lehrzeit die Fürsorge übernehmen müßten (zu vgl. Komm.-Ber. II. S. 9 ff.). Der Beschluß der Kommission fand darin seinen Ausdruck, daß in Abs. 2 des § 177 (jetzt 165), der die Voraussetzung der Entgeltlichkeit der Tätigkeit aufstellte, eingeschaltet wurde: „Mit Ausnahme der Lehrlinge". Bei der zweiten Lesung der Kommission wurde vorgeschlagen, hinter „Lehrlinge" einzufügen: „(Abs. 1 Nr. 1, 3)", also auf diejenigen Nummern hinzuweisen, in denen der Ausdruck Lehrlinge vorkam. Hiergegen wurde jedoch geltend gemacht, daß dadurch der Anschein erweckt werden könnte, als sollten Lehrlinge, die zu den Gruppen 4, 5 gehörten, von der Versicherung ausgeschlossen sein. Um einer solchen Auslegung vorzubeugen, wurde daher beschlossen, an Stelle von „Lehrlingen" zu setzen: „Lehrlinge aller Art" (zu vgl. Komm.-Ber. a. a. O. S. 16).

Hiernach sollte zwar durch die Fassung „Lehrlinge aller Art" nicht eine Erweiterung des Lehrlingsbegriffs für die Nr. 1 und 3 herbeigeführt, sondern

Digitized by Google

hauptsächlich die Auslegung verhindert werden, als ob Lehrlinge der Gruppen 4 und 5, also z. B. Musikerlehrlinge und Ballettschüler, bei unentgeltlicher Beschäftigung nicht versicherungspflichtig wären. Anderseits zeigt aber sowohl die Wahl des Ausdrucks wie der geschilderte Gang der Verhandlungen, daß die Absicht des Gesetzgebers dahin gegangen ist, den Lehrlingsbegriff möglichst weit zu fassen, tunlichst alle Personen, die nach der Art ihrer Tätigkeit und wirtschaftlichen Lage als „Lehrlinge" anzusehen sind, in die Versicherung gegen Krankheit einzubeziehen. Diese Ansicht wird auch in der Literatur überwiegend vertreten (zu vgl. Hahn, Handbuch der Krankenvers. Anm. 3 zu § 165, Hoffmann in ArbVers. 1914 S. 372). Danach kann die vom Reichsversicherungsamt unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes in ständiger Rechtsübung vertretene und in der Entscheidung 1831 (Amtl. Nachr. 1914 S. 457) auch für das gegenwärtige Recht festgehaltene Annahme, daß der Lehrlingsbegriff nur im Gebiete des Gewerbes, einschließlich des Handelsgewerbes, sowie etwa noch in der Landwirtschaft anwendbar sei (zu vgl. Entsch. 1288, Amtl. Nachr. 1906 S. 643), unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung jedenfalls für das Gebiet der Krankenversicherung nicht mehr aufrecht erhalten werden. Als Lehrling im Sinne des § 165 RVO. wird vielmehr jede Person zu gelten haben, die von der vor allem im Sprachgebrauch zum Ausdruck kommenden Verkehrsauffassung als solcher angesehen wird, also auch der Bureau- oder Schreiberlehrling. Das gleiche muß auch für den Katasterzögling gelten, da die Bezeichnung „Zögling" hier nur ein anderer Ausdruck für den gleichen Begriff ist, den das Wort Lehrling in Bureau- oder Schreiberlehrling wiedergibt. Hiergegen wird allerdings von Hahn (a. a. O. Anm. 8 zu § 165) geltend gemacht, daß Personen, die nicht in einem „Betriebe", sondern im Dienste einer Behörde oder öffentlichen Körperschaft für ihren Beruf ausgebildet würden, unter Berücksichtigung der Zusammenstellung in Nr. 1 des § 165 Abs. 1 RVO. nicht als Lehrlinge im Sinne des Gesetzes angesehen werden könnten, auch wo für sie eine solche oder ähnliche Bezeichnung üblich sein sollte. Dieser Einwand erscheint jedoch nicht durchgreifend. Denn die Zusammenstellung in Nr. 1 a. a. O. bezieht sich keineswegs nur auf in „Betrieben" beschäftigte Personen. Ganz abgesehen von den Dienstboten unterliegen z. B. der Versicherungspflicht als Gehilfen im Sinne der Nr. 1 zahlreiche bei Reichs-, Staats- und Gemeinde- oder sonstigen Behörden sowie Kirchengemeinden tätige niedere Bedienstete (zu vgl. Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 Ziff. 38, Amtl. Nachr. 1912 S. 721). Es würde auch dem Zwecke der Vorschrift und dem mehrfach dargelegten Willen des Gesetzgebers offenbar nicht entsprechen, wollte man die bei Landratsämtern, Stadtmagistraten, Gerichten oder Katasterämtern beschäftigten Bureaulehrlinge aus der Versicherung ausschließen, während die aus den gleichen Bevölkerungskreisen stammenden, mit der gleichen Vorbildung ausgestatteten und in wesentlich gleicher Weise beschäftigten Bureaulehrlinge bei Rechtsanwälten, Gerichtsvollziehern und anderen der Wohltat der Versicherung teilhaftig sind. Eine derartig verschiedene Behandlung würde eines inneren Grundes offenbar entbehren und für die Betroffenen eine Härte bedeuten. Es ist vielmehr anzunehmen, daß auch Katasterzöglinge ebenso wie andere bei Behörden beschäftigte Bureaulehrlinge als Lehrlinge im Sinne des § 165 RVO. anzusehen und daher ohne Rücksicht auf den Bezug eines Entgelts krankenversicherungspflichtig sind.

Das militärdienstpflichtige Feldeisenbahnpersonal leistet „Kriegs- oder ähnliche Dienste" (§ 1 Bek. vom 3. Dezember 1914).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. März 1917 (2332 Amtl. Nachr. 1917 S. 440).

Darüber, daß die Voraussetzung des § 1 Nr. 2 der Bekanntmachung, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492), nämlich die Versicherung des Ehemanns A. gegen Krankheit während bestimmter Zeit vor dem Eintritt in die Kriegs- oder ähnlichen Dienste, erfüllt ist, besteht kein Streit unter den Parteien. Es handelt sich nur darum, ob auch die Voraussetzung des § 1 Nr. 1 a. a. O. gegeben ist, ob also A. Kriegs- oder ähnliche Dienste im Sinne der bezeichneten Bestimmung leistet. Es ist davon auszugehen, daß A. militärdienstpflichtig ist, und daß das militärdienstpflichtige Eisenbahnpersonal nach § 127 der Wehrordnung und nach der Militär-Eisenbahn-Ordnung Teil II Abschnitt D §§ 3 und 4 zum Dienste bei den Feldeisenbahnformationen herangezogen wird und nach § 5 der bezeichneten Ordnung „für die Dauer der militärischen Dienstleistung zu den Personen des Soldatenstandes" gehört. Gegenüber dieser auf Kaiserlicher Verordnung beruhenden Bestimmung vermag der Umstand nichts zu besagen, daß A. auf Grund freiwilliger Meldung zum Feldeisenbahndienst abgeordnet ist. Ob und unter welchen Umständen A. den einmal übernommenen Feldeisenbahndienst durch einseitige Erklärung aufzugeben berechtigt wäre, wie dies der Vorstand der beklagten Kasse behauptet, sei dahingestellt. Jedenfalls würde dies — ganz abgesehen davon, daß A. dann jedenfalls zum Waffendienst eingezogen würde — nichts daran ändern, daß A. zur Zeit der Entbindung seiner Ehefrau Person des Soldatenstandes gewesen ist und als solche eine militärische Dienstleistung verrichtet hat. Ist dies aber der Fall, so hat er mindestens den Kriegsdiensten ähnliche Dienste im Sinne des § 1 Nr. 1 der be-

Digitized by Google

zeichneten Bekanntmachung geleistet (zu vgl. Krause, Kriegswochenhilfe I Anm. 12 zu § 1 Bek. v. 3. 12. 14). Dem steht auch nicht entgegen, daß er für seine Tätigkeit Bezüge erhalten hat, die über die übliche Löhnung von Personen des Soldatenstandes erheblich hinausgehen. In der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 ist die Gewährung der Kriegswochenhilfe nicht an eine bestimmte Grenze der für die Kriegs- oder ähnlichen Dienste gewährten Bezüge gebunden, was sich schon daraus ergibt, daß hier an die Gewährung der Wochenhilfe Bedingungen weder hinsichtlich des militärischen Grades noch hinsichtlich des Einkommens des Ehemanns geknüpft werden (zu vgl. Jaeger in der Monatsschr. für Arbeiter- und Angestellten-Vers. 1917 Sp. 249 ff., besonders Sp. 253, 254). Der hieraus sich ergebenden Folgerung, daß eine der wahlweise zu fordernden Voraussetzungen des § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 erfüllt ist, läßt sich auch nicht mit dem Einwand begegnen, der Ehemann der Klägerin habe auch als Person des Soldatenstandes seiner Erwerbstätigkeit nachgehen können, er sei also nicht durch die Kriegs- oder ähnlichen Dienste an der Ausübung seiner Erwerbstätigkeit verhindert worden (zu vgl. Reindl in der ArbVers. 1917 S. 25 ff., besonders S. 34). In § 1 Nr. 1 der erwähnten Bekanntmachung ist von der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit die Rede; das kann nur dahin verstanden werden, daß es sich um Erwerbstätigkeit nach vorhergegangener Leistung von Kriegs- oder ähnlichen Diensten handelt. Die Kriegs- oder ähnlichen Dienste selbst stellen eine Erwerbstätigkeit nicht dar (zu vgl. Revisionsentsch. 2071, Amtl. Nachr. 1915 S. 635, sowie Jaeger in der Monatsschr. für Arbeiter- und Angestellten-Vers. 1917 Sp. 251). Die hier vertretene Auffassung steht auch im Einklang mit dem Erlasse des Königl. Preuß. Kriegsministeriums Nr. 1245/1. 17 C 1 a verbunden mit Nr. 1187/1. 17 C 1 a vom 16. Januar 1917, dem auch der Reichskanzler (Reichsamt des Innern) in einem Erlasse vom 7. Februar 1917 — II 689 - - beigetreten ist. Danach sind die Dienste des zum Feldeisenbahnwesen herangezogenen militärdienstpflichtigen, d. h. wehrpflichtigen Personals ohne Rücksicht auf die Art und Höhe des Verdienstes als Kriegs- oder ähnliche Dienste im Sinne der Bek. v. 23. April 1915 (RGBl. S. 257) anzusehen. Was dort für die letzterwähnte Bekanntmachung ausgeführt ist, gilt mindestens in gleichem Maße für die Bek. v. 3. Dezember 1914. Was bezüglich des nicht wehrpflichtigen Personals gilt, dessen Dienste die Erlasse des Kriegsministeriums und des Reichskanzlers den Kriegs- oder ähnlichen Diensten ebenfalls zurechnen, sofern die Art der Tätigkeit dafür spricht, braucht hier nicht erörtert zu werden. Der Klägerin ist jedenfalls mit Recht der Anspruch auf Kriegswochenhilfe zuerkannt worden. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Kriegswochenhilfe bei Ehefrauen Kriegsbeschädigter — Erwerbstätigkeit „von Belang".

Vorentscheidungen a) des **Versicherungsamts Waren** (Meckl.) vom 10. Mai 1917. b) des **Oberversicherungsamts Schwerin** vom 30. Juni 1917.

a)

Voraussetzung der Gewährung der Kriegswochenhilfe an die Ehefrau eines aus dem Militärverhältnis ausgeschiedenen Kriegsteilnehmers ist, daß der Betreffende infolge seiner Kriegsverletzung im wesentlichen erwerbsgehindert und unfähig ist, eine Erwerbstätigkeit von entsprechendem Belange auszuüben (vgl. ArbVers. 1917 Heft 11 S. 264). R. hat im November 1914 im Feldzug seinen rechten Arm eingebüßt und ist am 26. Februar 1915 mit 75 Prozent Rente aus dem Heeresdienst entlassen. Seinen Beruf als landwirtschaftlicher Arbeiter hat er nicht wieder aufgenommen. Wohl aber ist er vom Februar bis zum Herbst des Jahres 1916 für den Bäckermeister M. zu P. als Brotfahrer tätig gewesen und hat als solcher an vier Tagen der Woche 0,75 bis 1,50 ℳ täglich verdient, zeitweise belief sich sein Verdienst auf 10 bis 12 ℳ die Woche.

Abgesehen von dieser durch M. bezeugten Tatsache muß das Versicherungsamt auch sonst annehmen, daß R. sehr wohl imstande ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, eine Annahme, die vom Stadtmagistrat P. geteilt wird. Der Verlust des rechten Armes dürfte seine Erwerbsfähigkeit wohl herabmindern, aber die Tatsache, daß er im wesentlichen unfähig ist, einen Erwerb auszuüben, dürfte nicht erwiesen sein, da ihm eine Reihe von Tätigkeiten bei entsprechendem Aufwande an Energie möglich sind, z. B. als Bote u. dgl.

b)

Der Ehemann der am 8. Februar d. J. entbundenen Klägerin hat streitlos im November 1914 als Kriegsteilnehmer seinen rechten Arm eingebüßt und ist am 26. Februar 1915 wegen Dienstunbrauchbarkeit mit einer 75 prozentigen Militärrente aus dem Heeresdienste entlassen; ein künstlicher Ersatz des Armes, „von dem nur noch ein ganz kleiner Stumpf vorhanden ist", kommt nach seiner unwiderlegten Behauptung für ihn nicht in Frage und ist ihm jedenfalls nicht gewährt worden.

Unter diesen Umständen trägt das Oberversicherungsamt kein Bedenken, von dem Ehemann der Klägerin anzunehmen, daß er im Sinne des § 1 Ziff. 1 der Bekanntmachung als ein Kriegsteilnehmer anzusehen ist, der „an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch . . . . Verwundung . . . . verhindert ist". Ist es schon im allgemeinen wenig wahrscheinlich, daß ein einarmiger Kriegsinvalide ohne Ersatzarm imstande sein sollte, auf dem für ihn beschränkten Arbeitsmarkte einen Erwerb mit aus-

Digitized by Google

reichendem Einkommen zu finden, so ist im vorliegenden Falle durch den fehlgeschlagenen Versuch des R., sich als Brotverkäufer einen Erwerb von Belang zu verschaffen, erwiesen, daß ihm die Wiederaufnahme einer wesentlichen Erwerbstätigkeit jedenfalls bis zur Entbindung seiner Ehefrau nicht gelungen ist. Der Hinweis der angefochtenen Entscheidung darauf, daß ihm eine Reihe anderer Tätigkeiten „bei entsprechendem Aufwande an Energie möglich sei, z. B. als Bote u. dgl.", kann vielleicht in der Theorie als richtig zugegeben werden; praktisch käme er aber nur dann in Betracht, wenn gleichzeitig festgestellt wäre, daß der Arbeitsmarkt die Gelegenheiten zu solchen Tätigkeiten in einem ihre Berücksichtigung rechtfertigenden, also nicht ganz unerheblichen Maße biete, und daß R. körperlich und geistig befähigt sei, diese Gelegenheit auszunützen.

So wie die Verhältnisse nach den Akten aber tatsächlich für R. liegen, muß es ihm geglaubt werden, daß er für seinen und seiner Familie Unterhalt, wenn nicht ausschließlich, so doch jedenfalls im wesentlichen auf seine Militärrente angewiesen ist: ein Einkommen, das, als nicht durch Erwerbstätigkeit erzielt, für die Frage, ob die Voraussetzungen des § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 4. Dezember 1914 vorliegen, gänzlich außer Betracht bleiben muß.

Übrigens entspricht es dem Sinne der Gesetzgebung über die Kriegswochenhilfe, welche mit Rücksicht auf die gewaltigen Kriegsverluste an Menschenleben eine tatkräftige Fürsorge für den jungen Nachwuchs erstrebt, die Anträge auf Kriegswochenhilfe möglichst wohlwollend und unter Vermeidung jeder Engherzigkeit zu beurteilen. In diesem Zusammenhange verdient es hervorgehoben zu werden, daß die Bekanntmachung vom 23. April 1915, betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges, allen den Wöchnerinnen die Kriegswochenhilfe zuwendet, deren Ehemänner, sofern sie die sonstigen Voraussetzungen erfüllen, ein Einkommen von nicht mehr als 2500 ℳ jährlich haben. —

War der Klägerin hiernach der Anspruch auf Kriegswochenhilfe zuzuerkennen, so konnte es doch zur Zeit nur dem Grunde nach geschehen, weil die Verurteilung der beklagten Kasse zur Zahlung eines bestimmten Betrages zunächst noch weitere Ermittlungen nötig macht, z. B. darüber, ob und wie lange die Klägerin ihr Kind gestillt hat. Das Oberversicherungsamt hat sich deshalb darauf beschränkt, unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung gemäß § 1668 (1679) RVO. eine sofort fällige vorläufige Leistung in dem angemessenen Betrage von 30 ℳ anzuordnen.

Kriegswochenhilfe: Wartezeit bei wiederholter Leistung von Kriegsdienst. Anspruch für uneheliche Kinder.

Erlaß des **bayer. Ministeriums des Innern** vom 26. Mai 1917.

1. Die Bestimmung in § 1 Ziff. 2 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, wonach die Wochenhilfe an die nicht selbst versicherten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern nur dann zu gewähren ist, wenn letztere vor dem Eintritt in den Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Dienst in den vorausgegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen gegen Krankheit versichert waren, ist wohlwollend auszulegen. Danach macht es bei wiederholter Einberufung eines Kriegsteilnehmers keinen Unterschied, ob die Wartezeit bereits vor dem ersten oder erst vor dem neuerlichen Eintritt in den Kriegs- usw. Dienst zurückgelegt worden ist. Auch sind die Zeiten, in denen der Kriegsteilnehmer Kriegs- usw. Dienste geleistet hat, in die einjährige Frist, innerhalb der die Wartezeit von 26 Wochen zurückgelegt sein muß, nicht einzubeziehen. In diesem Sinne hat sich auch das Reichsversicherungsamt, vorbehaltlich einer Entscheidung im Rechtszuge, ausgesprochen.

2. Die Wochenhilfe für die unehelichen Kinder von Kriegsteilnehmern nach § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 ist auch dann zu gewähren, wenn der Kriegsteilnehmer aus dem Kriegs- usw. Dienst ausgeschieden ist und damit die Familienunterstützung für das uneheliche Kind entfällt, sofern der Kriegsteilnehmer infolge von Verwundung oder Krankheit ausgeschieden und dadurch an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit gehindert ist, die Familienunterstützung aber bis zu seinem Ausscheiden aus dem Kriegs- usw. Dienst gewährt und nur aus diesem Grunde eingezogen worden ist. Die Versicherungsämter haben auch die Krankenkassen zu verständigen.

Wirkung des Übertritts in eine niedere Lohnklasse auf einen schwebenden Krankengeldanspruch aus § 214 RVO.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. März 1917 (II a K. 249/16).

Der Kläger, der Pflichtmitglied der beklagten Kasse in der Lohnklasse I war und am 18. Dezember 1915 wegen Erwerbslosigkeit aus der Mitgliedschaft ausgeschieden ist, hat am 21. Dezember 1915 bei der Kasse eine Erklärung über die Fortsetzung der Versicherung in der niedersten Lohnklasse X abgegeben, nachdem er am 20. Dezember 1915 arbeitsunfähig erkrankt war. Der Kläger behauptet, er habe der Kasse gegenüber erklärt, die Mitgliedschaft erst nach Ablauf seiner damaligen Erkrankung freiwillig fortsetzen zu wollen, was die Kasse bestritten hat. Er beansprucht deshalb die Auszahlung des Krankengeldes nach der Klasse I, während es die Kasse nur nach der Lohnklasse X zahlen will. Der Kläger hat hierauf beim Versicherungsamt der Stadt L. beantragt, die Kasse zur Zahlung von 15 ℳ 75 ₰ restlichen Krankengeldes zu verurteilen. Diesen Anspruch hat das gemäß

Digitized by Google

§ 1693 RVO. mit der Sache befaßte Reichsversicherungsamt als begründet anerkannt.

. . . Da die Revision im vorliegenden Falle nach § 1695 Nr. 1 und 2 RVO. ausgeschlossen ist, war die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt zulässig. Gleichwohl konnte der Senat davon absehen, zu der von dem Oberversicherungsamt bezeichneten grundsätzlichen Frage hier Stellung zu nehmen. Denn er hat, im wesentlichen in Übereinstimmung mit der Behauptung des Klägers, seiner Erklärung über die Fortsetzung der Versicherung einen anderen Sinn beigelegt, als die Vorinstanz. Es ist zwar zuzugeben, daß sich der Kläger der Kasse gegenüber nicht zweifelsfrei hinsichtlich des Zeitpunktes der Weiterversicherung erklärt hat. Gleichwohl kann nach den Umständen des Falles nicht angenommen werden, er habe mit dieser Erklärung beabsichtigt, sogleich oder mit Wirkung vom Zeitpunkt des Ausscheidens in die niedere Lohnklasse X überzutreten. Denn bei Erklärung der Weiterversicherung stand dem Kläger auf Grund des § 214 RVO., wie nicht bestritten ist, Anspruch auf Krankengeld nach der höheren Lohnklasse I zu und die Gewährung von Mehrleistungen, die sich der Kläger durch die Weiterversicherung hätte sichern können, kam hier nicht in Frage. Der Kläger würde also, wenn er die Weiterversicherung nicht für die Zukunft, sondern nur mit sofortiger Wirkung erklärt, seine Rechtslage verschlechtert und gleichsam unter Verzicht auf das höhere Krankengeld nach § 214 RVO., lediglich die niedrigeren Ansprüche aus der Weiterversicherung erworben haben. Daß er dies mit seiner Erklärung bezweckt habe, kann nicht angenommen werden. Danach, und da Erklärungen der Beteiligten, namentlich auf dem Gebiete des sozialen Rechts, in erster Reihe nach der mutmaßlichen Absicht der Parteien zu beurteilen sind, hat der Senat angenommen, daß der Kläger sich hier erst nach Ablauf der durch § 214 RVO. begründeten Unterstützungsdauer bei der Kasse weiter versichern wollte. Die Abgabe einer derartigen erst für die Zukunft wirkenden Erklärung war innerhalb der im § 313 RVO. bezeichneten Frist von drei Wochen nach dem Ausscheiden auch zulässig. Insbesondere steht der Umstand, daß die Erklärung der Weiterversicherung schon in der ersten Woche nach dem Ausscheiden abgegeben worden ist, dieser Ansicht nicht entgegen. Denn es kann nicht angenommen werden, daß ein ausgeschiedener Versicherter bei frühzeitiger Erklärung der Weiterversicherung schlechter gestellt werden sollte, als bei Abgabe dieser Erklärung in der zweiten oder dritten Woche nach dem Ausscheiden (zu vgl. § 313 Abs. 2 Satz 2 RVO.). Hiernach ist der Anspruch des Klägers auf Zahlung des höchsten Krankengeldes unter Zugrundelegung der Lohnklasse I nach § 214 RVO. begründet.

C. Zur Unfallversicherung.

Betriebsunfall bei Verletzung durch eine Fliegerbombe verneint.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Januar 1917 (I a 215/16 [3]).

Die Wege eines Arbeiters vom Hause zur Betriebsstätte unterliegen nach der ständigen Rechtsprechung des RVA. dem Schutze der Unfallversicherung zwar insofern, als dabei die durch den Betrieb geschaffenen Gefahren bereits auf den Arbeiter einwirken. Aus diesem Gesichtspunkte heraus hat das RVA. in einer Entscheidung vom 1. April 1916 (I a 218/16) den Unfall eines Arbeiters, der in einer Munitionsfabrik beschäftigt war, als Betriebsunfall anerkannt, weil der Verletzte durch einen der Munitionsfabrik geltenden Fliegerangriff unweit der Betriebsstätte getötet wurde. In der Entscheidung wird ausgeführt, daß derartige Betriebe naturgemäß während eines Krieges ständig Angriffe durch feindliche Luftstreitkräfte zu gewärtigen haben, und daß dadurch die allgemeine Betriebsgefahr solcher Unternehmen einen größeren Umfang annimmt. Dieser Gesichtspunkt ist aber im vorliegenden Falle nicht anwendbar. Denn bei dem Betriebe, in dem der Maschinenmeister S. beschäftigt war, handelt es sich nicht wie bei einer Munitionsfabrik um ein Unternehmen, das durch seine Art feindliche Angriffe auf sich zöge. Der Buchdruckereibetrieb war vielmehr militärisch bedeutungslos und es spricht keinerlei Anzeichen dafür, daß der feindliche Luftangriff vom 15. Juni 1915 diesen Betrieb zum besonderen Ziele genommen hätte. Der Fliegerangriff hat vielmehr nach den Ermittelungen der Stadt K. im allgemeinen und insbesondere der Waffenfabrik, dem Schlosse und dem alten Bahnhofe gegolten. Von einer Erstreckung des Gefahrenbereichs der Buchdruckerei über die Betriebsstätte hinaus kann daher aus Anlaß des Fliegerangriffs nicht gesprochen werden, und zwar um so weniger, als die Druckerei nicht in unmittelbarer Nachbarschaft der die besonderen Ziele des Angriffs bildenden Örtlichkeiten gelegen war. Da auch eine sonstige enge ursächliche Beziehung des tödlichen Unfalls zu dem Betriebe nicht erwiesen ist, so fehlte es an einer Handhabe, die es ermöglichte, den Unfall als einen Betriebsunfall anzuerkennen. Der Verstorbenen ist vielmehr einer der Bevölkerung von K. allgemein drohenden Kriegsgefahr erlegen, für deren Folgen eine Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft nicht begründet ist. (Kompaß.)

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Grundzüge eines Plans für eine allgemeine Mutterschaftsversicherung.

Solche Grundzüge stellt, in Anknüpfung an vielfach erörterte Bestrebungen, Dr. Dr. von Behr-Pinnow in der „Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz" (Maiheft 1917) auf. Er erwähnt unter den Umständen, auf denen der mangelnde Erfolg jener Bestrebungen beruhe, vor allem auch das unübersteigliche Hindernis, das die Reichsversicherung mit ihrer indirekten Mutterschaftsversicherung bilde, und führt dann folgendes aus: „Ein beträchtlicher Teil der Geburten ist durch sie versichert, und es ist unmöglich, kann jedenfalls nicht erwartet werden, ihn aus diesem Rahmen herauszunehmen. Die RVO. will bei ihren Versicherten in einem gewissen Umfange die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Nachteile abgelten, die ihnen anläßlich von Arbeitsstörungen und gesundheitlichen Ursachen erwachsen. Zu diesen Ursachen rechnet die nach medizinischen Begriffen nicht oder doch nur unter besonderen Umständen als Krankheit zu bezeichnende Mutterschaft mit allem, was darum und daran hängt, und zwar nicht nur Wochenbett und Schwangerschaftsbeschwerden, sondern auch Schonungsbedürftigkeit vor und nach der Geburt, sowie Erfüllung der naturgemäßen Stillpflicht in gewissen Grenzen. Die Mutterschaftsversicherung ist hier nicht Selbstzweck, sondern einer der mannigfachen Anlässe, die zu einem entschädigungspflichtigen Versicherungsfall führen.

Ich glaube nicht, daß Bundesrat und Reichstag jemals dazu zu haben sein werden, die Wochenhilfe zugunsten einer allgemeinen Mutterschaftsversicherung aus der Reichsversicherungsordnung zu entfernen. Letztere war ein Schritt auf dem Wege zu einer Vereinheitlichung des sozialpolitischen Versicherungswesens. Für die Zukunft erhoffen wir noch eine weitere Vereinfachung in bezug auf Zusammenfassung der Personenkreise, der Leistungen usw. Gerade deswegen werden aber Störungen nicht geduldet werden können, die durch Herausnahme von Einzelleistungen entstehen würden, und aus dem gleichen Grunde würde es sich nicht ermöglichen lassen, alle diejenigen Kreise in die Mutterschaftsversicherung der RVO., also in eines ihrer Leistungsgebiete, hineinzubeziehen, die aus wirtschaftlichen Gründen einer solchen Versicherung bedürfen.

Will man aber trotzdem an einer allgemeinen Mutterschaftsversicherung festhalten, so läßt sich meines Erachtens doch ein Ausweg finden, indem man eine besondere zwangsmäßige Reichsmutterschaftsversicherungskasse schafft, die alle diejenigen Geburten versichert, die nicht unter die RVO. fallen, die aber doch einer Versicherung bedürfen. Dazu gehört allerdings ein Eingriff in die RVO., der aber nicht systemwidrig ist. Es muß die Familienhilfe, soweit sie die Wochenhilfe der Nur-Ehefrauen anbelangt, zur Regelleistung erhoben werden. Dann ist eine klare Trennung von der Zwangskasse möglich, der alle Ehefrauen zuzuweisen wären, deren eigenes oder Familieneinkommen eine bestimmte Summe, etwa 4000 ℳ, nicht übersteigt. Frauen mit einem höheren Einkommen müßten sich freiwillig anschließen können. Für richtiger möchte ich es aber finden, wenn eine obere Einkommensteuergrenze nicht gezogen würde, namentlich da das Einkommen des einzelnen sich leicht verändert. Es wäre auch keineswegs ein Unglück, wenn die wohlhabenden und reichen Kreise, in denen im allgemeinen weniger Geburten vorkommen, durch ihre Zugehörigkeit zur Kasse deren Leistungsfähigkeit steigern würden. Die Zahl der Versicherten würde übrigens, selbst wenn man eine Einkommensgrenze von 4000 ℳ annimmt, nicht unbeträchtlich sein. Nach durch Mayet für Preußen angeführten Zahlen beträgt die Zahl der Zensiten mit einem Einkommen von mehr als 3000 ℳ rund 7 v. H. Zweidrittel der Bevölkerung gehört zur Kassenschicht, so daß selbst dann, wenn man nur bis 3000 ℳ gehen würde, noch 27 v. H. der Bevölkerung für die Zwangskasse in Betracht kämen.

Die Unverheirateten möchte ich im Anschluß an das System der RVO. der Zwangskasse nicht zuweisen. Erstere entschädigt für Mutterschaft die Ledigen nur dann, wenn Arbeit der Grund der Versicherung ist. Bei der Familienhilfe, wo die Geburt direkt Anlaß ist, kommt nur die Ehefrau in Frage. Ebenso soll es bei der Zwangskasse sein, bei der, wie bei der Familienhilfe, doch Mutterschaft unmittelbarer Zweck der Versicherung ist. Großen praktischen Wert würde die Einbeziehung der Ledigen auch keineswegs haben, da fast alle unehelichen Geburten durch die RVO. erfaßt sein dürften und für den restierenden, der Zwangskasse zufallenden Teil, die Unterstützung vermutlich selten beantragt werden würde. Eine Versicherung Lediger in der Zwangskasse könnte nur dann richtig sein, wenn man die Entschädigungssumme nach der Dauer der Zugehörigkeit abstufen würde, und das ergäbe eine Komplizierung, durch die die Durchführbarkeit gefährdet werden könnte. Als Leistung müßte sowohl durch die RVO. wie durch die Zwangskasse vorläufig das gegeben werden, was jetzt durch die Reichswochenhilfe gewährt wird.

Der Reichszwangskasse müßten natürlich die staatlichen und die gemeindlichen Vollzugsbehörden, im besonderen die Standesämter, die die Eheschließungen mitzuteilen hätten, unentgeltlich mit ihrer Arbeit zur Verfügung stehen. Sie müßte von einer Reichsstelle unter Beihilfe der Landesversicherungsanstalten verwaltet werden. Sie ist natürlich Gegenseitigkeitskasse, doch dürften bei dem bevölkerungspolitischen Interesse des Reichs an der ganzen Angelegenheit von ihm gewisse Zuschüsse ebenso wie bei der kriegsmäßig erweiterten Wochenhilfe der RVO. zu geben sein."

Vaterländischer Hilfsdienst als „Beruf".

Im „Recht" Nr. 13/14 Sp. 332 führt Dr. Schack folgendes aus: „Eine Versicherungsgesellschaft, welche die Versicherung gegen Unfallschäden bei Reisen auf Eisenbahnen, Dampfschiffen und Motorbooten betreibt, schließt die zur Begleitung oder Überwachung des Zuges odes Schiffes Angestellten und die Post-, Schlafwagen- und Speisewagenbediensteten von der Versicherung aus und ihre Versicherungsbedingungen enthalten weiter die Bestimmung: „Tritt ein Versicherter während der Dauer der Versicherung in eine dieser Berufsarten über, so verliert die Versicherung während der Dauer dieser Berufstätigkeit ihre Gültigkeit." Geht danach ein Versicherter, der auf Grund des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 in eine derartige Dienststellung eintritt, seiner Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis beim Eintritt des Versicherungsfalles während solcher Dienstleistung verlustig?

Der Hilfsdienst als solcher ist kein „Beruf". Wohl

Digitized by Google

aber werden Angehörige bestimmter Berufsarten kraft ihres Berufs ohne weiteres als im vaterländischen Hilfsdienst tätig angesehen (Hilfsdienstges. § 2). Und wenn ein zur Ruhe gesetzter Bahnbeamter auf Grund des Hilfsdienstgesetzes sich freiwillig zur Dienstleistung als Schaffner meldet oder nach § 7 Abs. 3 zur Beschäftigung als solcher überwiesen wird, so wird nicht zu bezweifeln sein, daß er nunmehr wieder seinen „Beruf" ausübt.

Wie aber, wenn ein Hilfsdienstpflichtiger außerhalb seiner eigentlichen Berufsstellung oder ein bisher berufsloser Hilfsdienstpflichtiger auf Grund des Hilfsdienstgesetzes als Zug- oder Schiffsbediensteter tätig wird? Zu § 232 StGB. hat das Reichsgericht wiederholt entschieden, daß nicht jede auf Grund sittlicher Gebote oder rechtlicher Vorschriften ausgeübte Tätigkeit als Beruf angesehen werden könne, sondern nur eine selbstgewählte Lebensstellung mit den sich hieraus ergebenden Pflichten; die Berufstätigkeit setze eine selbstgewählte, dauernde und mit einer gewissen Sachkenntnis verbundene Tätigkeit voraus, welche die Verpflichtung begründe, sich ihren Aufgaben mit besonderer Sorgfalt zu widmen (RG. StrS. 6, S. 24; 30 S. 224; 36 S. 407). In diesem Sinne wird auch der Berufsbegriff in BGB. §§ 1610, 1708, 1835, 2050 und in GewO. §§ 127 e, 144 zu verstehen sein (vgl. RG. 19. April 1912, 79 S. 262).

Danach ist eine „selbstgewählte" Berufsstellung wesentlich für den Berufsbegriff. Das entspricht auch dem Sprachgebrauch. Nicht als wesentliches Erfordernis erscheint es aber, daß die Wahl unter mehreren Berufsarten von dem Berufsangehörigen in durchaus freier Willensentschließung getroffen ist. Wenn ein Hilfsdienstpflichtiger, statt sich für eine bestimmte Beschäftigungsart freiwillig zu melden, es dazu kommen läßt, daß ihn der Einberufungsausschuß zu einer Beschäftigung überweist, so hängt es nunmehr zwar nicht mehr von seinem freien Willen ab, ob er tätig werden will oder nicht, seine Beschäftigung erfolgt aber auch in diesem Falle auf Grund eines Arbeitsvertrages, den er mit seinem Arbeitgeber abzuschließen hat. Der Vertrag, durch den er die ihm angewiesene Beschäftigung tatsächlich übernimmt, ist auch im Falle der Überweisung ein freier Arbeits- oder — je nachdem — Anstellungsvertrag (vgl. Kriegsamt, Amtliche Mitteilungen und Nachrichten Nr. 2 vom 29. Dezember 1916 S. 4; auch Güthe-Schlegelberger, Kriegsbuch 4, 862 f.). Man wird also sagen müssen, daß im angeführten Falle der Hilfsdienstpflichtige in Erfüllung seiner öffentlich-rechtlichen Pflicht nunmehr den „Beruf" eines Eisenbahnbediensteten ausübt. Solange er als solcher tätig ist, ruht das Versicherungsverhältnis und der Versicherte muß sich mit den Leistungen begnügen, die ihm auf Grund öffentlicher Versicherung zustehen (vgl. Vrdg. vom 24. Februar 1917, RGBl. S. 171).

Zu demselben Ergebnis würde man übrigens auch im Wege der Auslegung kommen müssen. Die Versicherungsgesellschaft will das größere Risiko, welches das ständige Reisen der Eisenbahn- und Schiffsbediensteten mit sich bringt, nicht mit übernehmen. Die Art der Beschäftigung und die Höhe der damit verbundenen Gefahr sind aber dieselben, mag die Beschäftigung von dem Versicherten in völlig freier Entschließung gewählt oder mag der Versicherte durch wirtschaftliche oder rechtliche Gründe dazu genötigt sein. Den Beweggründen solcher Beschäftigung wird also für die vorliegende Frage keine Bedeutung beigemessen werden können."

Diese Ausführungen sind auch für das Recht der Arbeiter- und Angestelltenversicherung von Bedeutung, insofern die Versicherungspflicht von der Frage abhängt, ob die Betätigung im vaterländischen Hilfsdienst den Hauptberuf des Beschäftigten bildet (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2, § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.; § 1 AngestVersGes.).

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Kein Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt gegen den Arbeitgeber wegen eines einem nach § 169 RVO. von der Krankenversicherungspflicht Befreiten gewährten Heilverfahrens.

1. R. 100. Antwort: Die Ansicht der Versicherungsanstalt ist falsch. Ihr wird durch § 1518 RVO. ein Ersatzanspruch nur gegen Krankenkassen und gemäß § 1521 auch gegen knappschaftliche Krankenkassen und Ersatzkassen gewährt, also nur noch gegen solche Kassen, deren Mitgliedschaft derjenigen bei einer Krankenkasse gleichgestellt ist, d. h. gegen einen Träger der Krankenversicherung. Zu diesen gehören aber die im § 169 RVO. erwähnten Korporationen nicht. Sie gewähren die in § 169 vorausgesetzten Leistungen nicht auf Grund der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auf Grund des zwischen ihnen und der bei ihnen beschäftigten Personen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses. Durch dieses wird die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschaltet. Darum muß die Gemeinde ein solches Ansinnen der Versicherungsanstalt ablehnen, und wenn diese gegen die Gemeinde Klage beim Versicherungsamt erhebt, so ist sie wegen Unzuständigkeit abzuweisen. Wahrscheinlich beansprucht auch die Versicherungsanstalt gar nicht Ersatz auf Grund des § 1518, sondern auf Grund des § 1542 RVO. Aber auch hierauf kann ein solcher Anspruch nicht gestützt werden. Denn § 1542 läßt auf den Versicherungsträger nur solche Entschädigungsansprüche übergehen, die dem Versicherten gegen einen Dritten „nach anderen gesetzlichen Vorschriften" zustehen. Das sind solche Vorschriften, die lediglich an die Tatsache eines

Digitized by Google

Schadens einen Ersatzanspruch des Geschädigten knüpfen, z. B. § 823 BGB., § 1 Reichshaftpflichtgesetz. Darunter fallen aber nicht Ansprüche, die auf besondere Vertragsabreden gegründet sind, also nicht Ansprüche aus einem privaten Versicherungsvertrag oder aus § 63 HGB. Ebensowenig gehören hierher Rentenansprüche eines Beamten gegen das Reich, den Staat, einen Kommunalverband oder eine Gemeinde. Alle diese Ansprüche beruhen auf einem besonderen Rechtsverhältnis, nicht aber lediglich auf gesetzlicher Vorschrift. (Vgl. Lehmann, 5. u. 6. Buch der RVO., Anm. 7, 8 zu § 1542.) Kommt dennoch die Gemeinde dem Verlangen der Versicherungsanstalt nach und macht einen entsprechenden Gehaltsabzug, so muß die von ihr beschäftigte Person den einbehaltenen Teil des Gehalts gegen die Gemeinde im ordentlichen oder in dem sonst gesetzlich für die Geltendmachung der Gehaltsforderung vorgeschriebenen Rechtswege einklagen. Mit der Versicherungsanstalt hat die von der Gemeinde beschäftigte Person insoweit nichts zu tun. Die Gemeinde ihrerseits kann, wenn sie zur Zahlung des vollen Gehalts verurteilt wird, von der Versicherungsanstalt Erstattung des von ihr geleisteten Ersatzes auf Grund ungerechtfertigter Bereicherung — §§ 812 ff. BGB. — verlangen; dieser Anspruch ist im ordentlichen Rechtswege geltend zu machen.

Keine Verpflichtung der Kasse zur Desinfizierung der Wohnräume eines verstorbenen Mitgliedes.

2. **Nach Landau.** Antwort: Die Kasse ist nur verpflichtet, dem Versicherten Krankenpflege zu gewähren. Zu dieser gehört aber nicht die Desinfektion, die nach seinem Tode in den von ihm bewohnten Räumen vorgenommen wird, um eine Übertragung der ansteckenden Krankheit, an der er gelitten hat, auf andere zu verhüten. Es handelt sich nicht um eine Maßnahme der Krankenpflege im Interesse des Versicherten selbst, sondern um eine Vorbeugungsmaßregel im Interesse dritter Personen. Die Stadtgemeinde kann daher von der Kasse keinen Ersatz der Kosten für die von ihr veranlaßte Desinfektion beanspruchen. § 363 RVO. gewährt der Kasse nur das Recht, ihre Mittel auch zur Krankheitsverhütung durch Desinfektion zu verwenden, erlegt ihr aber nicht eine solche Pflicht auf.

Bezahlung der Krankenhauskosten für eine auf polizeiliche Anordnung im Krankenhaus untergebrachte Geschlechtskranke.

3. **Nach Blomberg.** Antwort: Die Polizeibehörde als solche hat wegen Zwangsheilung Geschlechtskranker regelmäßig keinen Ersatzanspruch an die Kasse, sondern nur der Armenverband, der im Wege der Armenpflege einem Hilfsbedürftigen Unterstützung gewährt hat (Hahn in ArbVers. 1917 S. 145). In dem geschilderten Fall fordert aber vermutlich die Gemeinde, die zugleich die Polizeikosten zu tragen hat, Ersatz als Armenverband. Mag auch die Kranke zunächst auf polizeiliche Anordnung im Interesse der Allgemeinheit im Krankenhause untergebracht worden sein, so schließt das doch nicht aus, daß sie dort zugleich in ihrem eigenen Interesse und im Wege der Armenpflege behandelt wurde, und dann würde ein Ersatzanspruch des Armenverbandes an die Kasse bestehen. Aber deren Verpflichtung wird dadurch, daß der Armenverband Krankenhilfe gewährt, nicht erweitert. Daher braucht sie, wenn Arbeitsunfähigkeit nicht bestand, kein Krankengeld und demgemäß auch keinen Ersatz für den Unterhalt im Krankenhause zu gewähren. Wohl aber hat sie $^3/_5$ des Grundlohnes für die Krankenpflege als Ersatz zu leisten. (§§ 1531, 1533 Ziff. 2, 1503 RVO.) Bemerkt sei, daß Arbeitsunfähigkeit auch dann vorliegt, wenn die Heilung oder Linderung der Krankheit eine ärztliche Behandlung erforderlich macht, die eine Erwerbstätigkeit des Kranken ausschließt. Daher würde die Kasse zum Ersatze des Unterhalts im Krankenhause nur dann nicht verpflichtet sein, wenn die Ausübung einer Erwerbstätigkeit die ärztliche Behandlung und deren Erfolg nicht beeinträchtigte.

Zur Krankenversicherungspflicht eines Fürsorgezöglings.

4. **Nach Schwiebus.** Antwort: Ein Fürsorgezögling, der von der Behörde oder einer Anstalt einem Arbeitgeber zur Beschäftigung überwiesen wird, unterliegt der Krankenversicherung (vgl. Hahn, Handb. d. Kr.Vers., Anm. 24 c zu § 165). Er ist keineswegs in dieser Beziehung ein unfreier Arbeiter, wie etwa ein Strafgefangener. Allerdings kann auch er nicht selbständig einen Arbeitsvertrag eingehen. Aber dieses Recht ist ihm nicht versagt, weil er Fürsorgezögling, sondern weil er minderjährig ist. Nur schließt für ihn in der Regel nicht der gesetzliche Vertreter — Vater oder Mutter — den Arbeitsvertrag ab, sondern die Fürsorgeanstalt oder der besonders bestellte Pfleger. Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist — soweit kein Lehrverhältnis vorliegt, daß Entgelt gewährt wird, und dieses kann auch in Unterhalt bestehen. Wenn der Arbeitgeber Wohnung, Kost und Kleidung gibt, so ist dies ein die Versicherungspflicht begründendes Entgelt, und zwar, obwohl die Behörde hierzu einen Zuschuß von täglich 50 ₰ leistet; denn durch diesen Betrag wird der Wert des Unterhalts nicht gedeckt. Die Schulpflicht schließt die Versicherungspflicht nicht aus (vgl. Hahn, Anm. 4 f zu § 168). Zu prüfen ist nur noch, ob nicht etwa Versicherungsfreiheit gemäß Bundesratsverordnung vom 17. November 1913 über vorübergehende Dienstleistungen (ArbVers. 1913 S. 848; Hahn, Anm. 3 f zu § 168) besteht; in dem geschilderten Falle käme besonders Ziffer II der Verordnung in Betracht.

Aufstellung und Änderung des Regulativs für Kassenbeamte in Preußen.

5. **Nach Braunsberg.** Antwort: Die Aufstellung des Regulativs für die Kassenbeamten, denen die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten übertragen sind (§ 359 Abs. 4 RVO.), ist nach den preußischen Ministerialerlassen ausschließlich Sache des Oberversicherungsamts (vgl. ArbVers. 1914 S. 186, 354). Die Kassenorgane haben dabei nicht mitzuwirken. Haben sie aber ein Regulativ ausgearbeitet und dessen Genehmigung durch das Oberversicherungsamt erwirkt, so ist dieses Regulativ einem vom Oberversicherungsamt aus eigener Entschließung aufgestellten gleich zu achten. Entsprechend verhält es sich mit Änderungen des Regulativs. Den Kassenorganen steht die Änderung nicht zu, und sie haben keinen Anlaß zur Beschwerde, wenn das Oberversicherungsamt die Genehmigung einer von ihnen beschlossenen Änderung ablehnt. Sie können nur eine Änderung durch das Oberversicherungsamt anregen und, wenn dem keine Folge gegeben wird, sich an die Oberste Verwaltungsbehörde wenden. Ein eigentliches Beschwerderecht im Sinne des § 1793 RVO. steht ihnen nicht zu. Ebenso wenn das Oberversicherungsamt aus eigener Entschließung das geltende Regulativ abändert. Die Annahme des Oberversicherungsamts, daß das von ihm

Digitized by Google

genehmigte Regulativ „bedeutungslos", weil nicht von ihm „aufgestellt" sei, ist nach dem oben Bemerkten unbegründet. Rechte, die auf Grund des Regulativs bereits erworben sind, können durch ein neues Regulativ nicht verkümmert werden; dieses wirkt, als eine Abänderung nur für die Zukunft (vgl. ArbVers. 1915 S. 165 Ziffer 3).

Zur Haftung des Unternehmers für Betriebsunfall.

6. Nach Lörrach. Antwort: Unter der Voraussetzung, daß die im Mühlenbetriebe beschäftigte Frau gegen Unfall versichert war, haftet der Unternehmer der Kasse gemäß § 903 Abs. 1 RVO. nur, wenn strafgerichtlich festgestellt ist, daß er den Unfall vorsätzlich oder fahrlässig mit Außerachtlassung derjenigen Aufmerksamkeit herbeigeführt hat, zu der er vermöge seines Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet ist. Es muß also erst ein Strafverfahren herbeigeführt werden. Ob eine Fahrlässigkeit unter Außerachtlassung der beruflichen oder gewerblichen Sorgfalt vorliegt, ist eine Tatfrage und entzieht sich unserer Beurteilung. Wenn eine Berufs- oder Gewerbepflicht übertreten ist, so bedarf es eines Strafantrags der Verletzten nicht (§ 232 StrGB.) und die Anzeige kann auch von der Kasse erstattet werden.

Altersleiden der Augen; Pflicht der Kassen zur Gewährung von Brillen?

7. Nach Berncastel-Cues. Antwort: Es ist an sich richtig, daß Übersichtigkeit, Weitsichtigkeit, Kurzsichtigkeit, wenn sie sich lediglich als Folgen der natürlichen Entwicklung mit fortschreitendem Alter darstellen, nicht als Krankheit im Sinne des § 182 RVO., also nicht als Grund eines Anspruchs auf Kassenleistungen anzusehen sind. Wenn aber jene Mängel vorzeitig oder in solchem Maße zutage treten, wie sie nicht notwendig zu dem Altern verbunden sind, und wenn zur Abstellung des Mangels, also zur Heilung oder Milderung des Leidens oder zur Behebung der Arbeitsunfähigkeit eine Brille als das angezeigte Mittel erscheint, so ist die Kasse zur Gewährung dieses Mittels nach § 182 verpflichtet. Über die Leistungsdauer in solchen und ähnlichen Fällen verweisen wir auf ArbVers. 1916 S. 839 Ziff. 4, 1917 S. 120 Ziff. 9.

Auch Invalidenrentner können krankenversicherungspflichtig sein.

8. Nach Aachen. Antwort: Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung und Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung sind nicht gleichbedeutend. Invalide ist, wer nicht mehr imstande ist, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung zu verdienen pflegen. Dagegen ist arbeitsunfähig, wer infolge Krankheit seine Berufstätigkeit nicht auszuüben vermag. (Vergl. § 1255 RVO. und Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 6a zu § 182.) Danach ist es sehr wohl möglich, daß ein Invalidenrentner eine berufliche Tätigkeit, wenn auch in geringerem Umfange als ein Gesunder, ausübt und dadurch krankenversicherungspflichtig wird. Dann hat er im Krankheitsfalle dieselben Ansprüche wie andere Mitglieder. Nach Ihrer Darstellung trat ein neuer Versicherungsfall am 10. Februar 1917 ein, vorausgesetzt, daß in der Zeit vom 8. November 1916 bis 9. Februar 1917 nicht nur Arbeitsfähigkeit bestand, sondern auch keine Krankenpflege — ärztliche Behandlung, Gebrauch von Heilmitteln — erforderlich war. Daß die Krankheit auf derselben Ursache beruhte, also eine rückfällige war, ist für die Frage, ob ein neuer Versicherungsfall vorliegt, unerheblich. Es könnte danach nur eine Kürzung der Unterstützungsdauer eintreten, sofern die Voraussetzungen des § 188 RVO. erfüllt sind. Sie sind es hier aber nicht, und darum hat der Versicherte die volle satzungsmäßige Unterstützung zu beanspruchen.

Ersatzanspruch des Armenverbandes für Familienhilfe bei Krankenhauspflege.

9. Nach Soldin. Frage: Ein Familienmitglied wurde in eine Landesirrenanstalt aufgenommen. Die Kasse hat die Erstattung des Pflegegeldes von 135 ℳ unter Hinweis auf ihre Satzungsbestimmung, wonach sie den Familienangehörigen von Pflichtmitgliedern nur ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei für höchstens 13 Wochen zu gewähren hat, abgelehnt. Der Landesdirektor fordert 66,67 ℳ für ärztliche Behandlung und Arznei und bemerkt dazu: „Der tägliche Satz für Aufwendungen für Arzt und Arznei in den diesseitigen Landesirrenanstalten läßt sich aus den Verwaltungsberichten nicht genau berechnen. Es ist aber wohl anzunehmen, daß es die Hälfte des vollen Pflegegeldes von täglich 1,6666 ℳ ausmacht." Die Kasse will diese Pauschalierung der Kosten nicht anerkennen, da sie nur nach Einzelleistungen bezahle und daher auf der Einsendung spezifizierter Rechnungen bestehe. Ist die Kasse zur Erstattung des Betrages in der in Rechnung gestellten Höhe verpflichtet? Wenn nach § 1503 RVO. $^3/_8$ des Grundlohnes in Ansatz zu bringen sein würden und es würde der Grundlohn der niedrigsten Stufe mit 80 ₰ angenommen, so würde der zu erstattende Betrag sich nur auf 30 ₰ für den Verpflegungstag belaufen.

Antwort: Eine Pauschalierung ist für den Ersatz der einem Familienangehörigen des Versicherten gewährten Krankenpflege nicht vorgesehen. Denn § 1533 Ziff. 2 RVO. bezieht sich nur auf Krankheit des Versicherten selbst. Infolgedessen ist der wirkliche Aufwand im Rahmen des durch die Satzung festgesetzten Anspruches auf Krankenpflege zu erstatten. (Vgl. Lehmann, RVO. 5. u. 6. Buch, Anm. 6 und 13a zu § 1533.) Allerdings läßt sich bei der im Krankenhause gewährten Krankenpflege der Aufwand für diese im Einzelfall nicht ziffernmäßig genau berechnen, sondern es ist ein den Verhältnissen angemessener Durchschnittsbetrag der wirklichen Kosten zu ermitteln. Das preußische Oberverwaltungsgericht hat in einem Falle die Gesamtausgaben der Krankenhausverwaltung in einem bestimmten Zeitraum an Gehalt und Pension der Ärzte, für Instrumente usw. durch die Zahl der Krankentage sämtlicher in diesem Zeitraum behandelten Kranken geteilt und hiernach den auf den einzelnen Kranken und Tag entfallenden Betrag berechnet. Die Hälfte des Pflegesatzes anzunehmen, ist etwas willkürlich. Andererseits bietet das Gesetz keine Handhabe, den in der Kassensatzung vorgesehenen niedrigsten Grundlohn als Maßstab anzulegen. Immerhin erscheint uns ein Satz von 83—84 ₰ täglich nicht übermäßig hoch. Zu vgl. auch ArbVers. 1916 S. 382 Ziff. 4.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1891 von F. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. F. Trosche

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1182 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. August 1917 | Heft 24

Die Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes.

Von Versicherungsamtmann Dr. Jaeger in München.

I. Am 21. März 1917 hat Staatssekretär Dr. Helfferich im Reichstag erklärt, daß die verbündeten Regierungen, entsprechend dem Wunsche des Ausschusses für den Reichshaushalt, in eine Prüfung der auch von den für Mutter- und Säuglingsschutz tätigen Vereinigungen warm befürworteten Frage einzutreten gedächten, „wie weit und in welchem Umfange die den Kriegerfrauen zugebilligte Wochenhilfe auch auf die Frauen der im Hilfsdienst Tätigen auszudehnen sei". Das Ergebnis der Erwägungen der Reichsregierung liegt nun in Gestalt einer am 9. Juli 1917 im Reichsgesetzblatt (S. 591) veröffentlichten und am gleichen Tage in Kraft getretenen (§ 21 Abs. 1) Bekanntmachung vom 6. Juli 1917 über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes vor. Die Bekanntmachung ist auf Grund des § 3 des sog. Ermächtigungsgesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) und nicht, wie erwartet werden sollte, auf Grund § 19 Abs. 1 Hilfsdienstgesetzes (HDG.) unter Zustimmung des Reichstagsausschusses erlassen. Der Grund hierfür dürfte darin zu suchen sein, daß es sich weniger um eine allgemeine zum ordnungsmäßigen Vollzug des HDG. notwendige Ausführungsbestimmung handelt als um eine wirtschaftliche Maßnahme des Reichs, die in ihrer Wirkung Teilen, aber nicht der Gesamtheit der Hilfsdienstätigen zugute kommt.

Der Erlaß der Bekanntmachung stieß auf Schwierigkeiten mannigfacher Art. Es war von vornherein klar, daß eine Ausdehnung der neuen Wochenhilfe auf alle im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten im schroffsten Widerspruch zu den inneren Gründen der bereits bestehenden Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs gestanden hätte, für deren Einführung neben dem volkspolitischen Zwecke der angesichts der ungeheuren Kriegsverluste notwendigen Sicherung unseres Nachwuchses vor allem der Umstand maßgebend war, den im Felde stehenden Ehemännern und Vätern die Sorge für ihre Angehörigen abzunehmen und diesen, die durch die Einberufung des Gatten und Vaters zumeist in ihren wirtschaftlichen Verhältnissen einen durch die Löhnung und die Familienunterstützung nicht ausgeglichenen Rückgang erfahren hatten, eine Beihilfe zu den nicht geringen Kosten des Wochenbettes zu gewähren. Der erste der beiden Gründe hätte nun allerdings auch für die Hilfsdienstätigen Geltung; seine Anerkennung würde aber angesichts der im allgemeinen günstigen wirtschaftlichen Lage der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten keinen Grund ersehen lassen, die Wochenhilfe nicht auch der übrigen Bevölkerung zuzuwenden; diesen Schritt zur allgemeinen Wochenhilfe, so begrüßenswert er auch wäre, jetzt während des Krieges und angesichts der unsicheren finanziellen Entwicklung nicht nur des Reichs,

Digitized by Google

sondern ebenso der in erster Linie für eine Beteiligung in Betracht kommenden Versicherungsträger zu unternehmen, konnte sich die Regierung anscheinend nicht entschließen. Der zweite Grund, die Annahme einer durch den Kriegsdienst eingetretenen Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage, ermangelt jedoch bei den im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten der durchschlagenden Kraft. Zwar greift auch das HDG. unter Umständen mit rauher Hand in das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen ein. Es nimmt aber doch auch hier nach Tunlichkeit auf die bisherigen Verhältnisse des Hilfsdienstpflichtigen Rücksicht (§ 8 HDG.), ganz abgesehen davon, daß es weite Kreise der Bevölkerung in seinem § 2 als von vornherein im Hilfsdienst tätig ansieht, sie daher im allgemeinen vor jeden aus dem HDG. entspringenden Eingriff bewahrt und sie ihrem Beruf in gewohnter Weise nachgehen läßt. Was aber den wichtigsten Punkt betrifft, so verbleibt dem Hilfsdiensttätigen der Anspruch auf eine angemessene Entlohnung, die es ihm nicht nur ermöglicht, zu Bedingungen, wie er sie sich auch im Frieden verschaffen konnte, sein Auskommen zu finden, sondern ihm angesichts der hohen Lohnsätze der Rüstungsindustrie in vielen Fällen auch ein gegen bisher erhöhtes Einkommen sichert. Damit aber wird sich mancher im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigte während des Krieges in besserer finanzieller Lage befinden als die Familien vieler gerade städtischer, aber nicht in der Kriegsindustrie beschäftigter Arbeiter. Die bei einer Gewährung der Wochenhilfe an die Gesamtheit der im vaterländischen Hilfsdienst Tätigen diesen gegenüber geübte Zurücksetzung hätte sich nur in der Einführung der allgemeinen Wochenhilfe beheben lassen, an die man, wie erwähnt, gegenwärtig noch nicht herantreten wollte. Der Gesetzgeber machte daher die Gewährung der Wochenhilfe an Hilfsdiensttätige von den weiteren Voraussetzungen abhängig, daß die im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigte Person durch diese Beschäftigung nachweislich eine Verschlimmerung ihrer wirtschaftlichen Lage erfahren hat und bei ihr ein Bedürfnis für die Beihilfe gegeben ist.

II. Das HDG. ist ein ausgesprochen staatspolitisches Gesetz, das seinen Ausgang von der Zugehörigkeit der betroffenen Personen zum Deutschen Reiche nimmt und in dieser Zugehörigkeit auch die Grenze seiner Wirksamkeit findet. Lediglich die Angehörigen der österreichisch-ungarischen Monarchie sind durch eine am 4. April 1917 erlassene Bekanntmachung (RGBl. S. 317), sofern sie im Deutschen Reiche ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben, den Vorschriften des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst und den zur Ausführung dieses Gesetzes erlassenen Bestimmungen unterstellt. Da nur die „zur Ausführung" des HDG. ergehenden Vorschriften auf österreichisch-ungarische Staatsangehörige Anwendung finden, die Bekanntmachung vom 6. Juli 1917, wie oben erwähnt, keine solche Ausführungsbestimmung, sondern lediglich eine wirtschaftliche Maßnahme des Reichs zur Sicherung und Förderung des deutschen Nachwuchses darstellt, so können österreichisch-ungarische Staatsangehörige und sonstige Nichtdeutsche auf Grund einer etwa ausgeübten Tätigkeit im vaterländischen Hilfsdienst einen Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht ableiten. Wohl aber bleiben ihnen etwa aus § 195 RVO. in Verbindung mit § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zustehende Ansprüche auf Wochenhilfe gewahrt und haben die Krankenkassen dahin gehenden Anträgen ohne weiteres Folge zu leisten. Die Verordnung beschränkt daher den Anspruch auf Wochenhilfe auf „deutsche Wöchnerinnen" (§ 1).

III. Was das Verhältnis der Bekanntmachung vom 6. Juli 1917 zu den bereits erlassenen Bekanntmachungen vom 3. Dezember 1914, 28. Januar und 23. April 1915 (RGBl. 1914 S. 492, 1915 S. 49, 257) betrifft, so hat bei einem Zusammentreffen eines An-

Digitized by Google

spruchs auf Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs aus mehreren Bekanntmachungen die ältere den Vorgang vor der später erlassenen (§ 1). Ehefrauen von zur Rüstungsindustrie „abkommandierten" Soldaten steht daher gegebenenfalls die Wochenhilfe nach § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 oder § 2 derjenigen vom 23. April 1915 und nicht nach der neuen Bekanntmachung zu. Dieses Vorrecht der alten Verordnungen und der gleichzeitig hierin liegende Ausschluß der Anwendung der Bekanntmachung vom 6. Juli 1917 auf solche Fälle, ergreift aber nur die Wochenhilfe aus „Mitteln des Reichs", so daß ein Anspruch aus § 195 RVO. mit § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht einen weiteren auf Grund der Hilfsdienstätigkeit an das Reich ausschließt (vgl. unten Ziffer XI).

IV. Das erste grundlegende Erfordernis, um einen Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 6. Juli 1917 zu rechtfertigen, ist eine Beziehung der Wöchnerin zum vaterländischen Hilfsdienst. Das HDG. selbst erstreckt sich nur auf männliche Staatsangehörige. Die Hilfsdienstpflicht umfaßt nach § 1 HDG. jeden nicht zum Dienst in der bewaffneten Macht berufenen Deutschen vom vollendeten siebzehnten bis zum vollendeten sechzigsten Lebensjahr. Sie ist lediglich die Verpflichtung zur Dienst- und Arbeitsleistung in der wirtschaftlichen und sonstigen nicht rein militärischen Organisation der Kriegführung (Wille, „Der vaterländische Hilfsdienst" S. 12). Der Gesetzgeber läßt es dem einzelnen zunächst frei, wie er dieser Verpflichtung, seine geistigen und körperlichen Fähigkeiten dem Vaterlande zur Verfügung zu stellen, nachkommt. Wählt er den freiwilligen Eintritt in einen zum Hilfsdienst zählenden Wirtschaftszweig, so ist er für die Dauer seiner Beschäftigung in ihm seiner Verpflichtung nachgekommen. Ist er säumig und bleibt er dies auch noch nach einer an ihn ergangenen besonderen schriftlichen Aufforderung, so findet seine zwangsweise Überweisung zu einer Beschäftigung statt (§ 7 HDG.). Der Wochenhilfeanspruch wird durch den Charakter dieser Hilfsdienstätigkeit nicht berührt, er steht sowohl den freiwillig in den Hilfsdienst eingetretenen Personen, wie denen zu, die erst auf Grund besonderer schriftlicher Aufforderung zum Hilfsdienst herangezogen wurden. Er erstreckt sich aber auch auf die Gruppe von Personen, die bei Erlaß des HDG. bereits eine Tätigkeit in einem Betriebe ausgeübt haben, die das Gesetz von vornherein als eine Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst ansieht und die daher den in ihr Beschäftigten von der freiwilligen Wahl wie von dem drohenden Zwang befreit. Als solche Tätigkeit kommt nach § 2 HDG. der Dienst bei Behörden und behördlichen Einrichtungen, die Beschäftigung in der Kriegsindustrie, in der Land- und Forstwirtschaft, in der Krankenpflege, in kriegswirtschaftlichen Organisationen jeder Art oder in sonstigen Berufen oder Betrieben, die für Zwecke der Kriegführung oder der Volksversorgung unmittelbar Bedeutung haben, in Betracht.

Es sind also, da die Hilfsdienstpflicht nur männliche Deutsche ergreift, vor allem mittelbare Beziehungen, welche die Wöchnerin mit einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst verbinden, indem der Anspruch auf Wochenhilfe sich in erster Linie auf eine Hilfsdienstätigkeit des Ehemannes oder des Vaters des unehelichen Kindes der Wöchnerin gründet. Nun sind aber gerade auch zahlreiche Frauen, trotzdem die Hilfsdienstpflicht bisher nicht auf sie erstreckt wurde, freiwillig in eine Beschäftigung im Hilfsdienst eingetreten oder üben eine schon bisher innegehabte, nach § 2 HDG. als Hilfsdienstätigkeit bezeichnete Beschäftigung weiter aus. Es wäre unbillig, diese Frauen, die doch in einer viel engeren Beziehung zum Hilfsdienst stehen, als die nicht selbst mitarbeitenden Mütter, von der Wochenhilfe auszuschließen, zumal der ihnen auf Grund ihrer eigenen Versicherung etwa mögliche Anspruch auf Wochenhilfe angesichts

Digitized by Google

der erforderlichen Zurücklegung der in § 195 RVO. vorgeschriebenen Wartezeit nicht immer Verwirklichung finden dürfte. Mit Recht hat daher der Gesetzgeber auch die selbst im Hilfsdienst tätige Wöchnerin in den Kreis der anspruchsberechtigten Personen mit einbezogen (§ 3).

V. So sind es ausgedehnte Personengruppen, vor allem auch alle in der Land- und Forstwirtschaft Tätigen, denen im Hinblick auf den Charakter ihrer Tätigkeit die neue Verordnung ohne weiteres einen Anspruch auf Wochenhilfe einräumt. Diese unbegrenzte Ausdehnung des Rechts auf eine Beihilfe im Falle der Niederkunft birgt nicht nur die Gefahr in sich, daß Personen eine Leistung seitens des Reichs empfangen, die eine Veränderung ihrer Verhältnisse nicht erfahren haben, ja sich ihrer Eigenschaft als Hilfsdiensttätige oft wohl gar nicht bewußt geworden sind, sondern daß auch mancher durch Eintritt in den vaterländischen Hilfsdienst kurz vor der Niederkunft seiner Familie die Wochenhilfe verschafft, ohne dem Reiche eine entsprechende Gegenleistung seinerseits zu bieten. Der Gesetzgeber hat daher eine gewisse Wartezeit im Hilfsdienst vorgesehen, von der er nur dann abweicht (§ 1 Abs. 2 Satz 3), wenn die Hilfsdiensttätigkeit auf Grund einer Heranziehung durch besondere schriftliche Aufforderung nach § 7 HDG. ausgeübt wird, da hier von einer lediglich um der Wochenhilfe wegen übernommenen Beschäftigung nicht gesprochen werden kann. Im übrigen bleibt es bei dem Zurücklegen einer vorgängigen Beschäftigungszeit und zwar muß im letzten Jahre vor der Niederkunft der Wöchnerin der Ehemann, der Kindsvater oder die Wöchnerin selbst mindestens sechs Monate eine Beschäftigung im Hilfsdienst ausgeübt haben (§ 2 Abs. 1 Ziff. 1, § 3, § 4). Dieser Beschäftigungszeit wird die Leistung von Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten gleichgeachtet, die für das Deutsche Reich oder eine ihm verbündete Macht erfolgte; es wäre unbillig gewesen, Personen, die ihrer Pflicht gegen das Vaterland auf diese Weise genügt haben, und die nur deshalb nicht in der Lage sind, die vorgängige Hilfsdiensttätigkeit nachzuweisen, in ihren Anrechten durch ein strenges Festhalten an einer ausschließlichen Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst zu benachteiligen.

Für diejenigen Wöchnerinnen, die auf Grund eigener Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst ein Anrecht auf Wochenhilfe besitzen, kürzt die Verordnung in einer für die künftige Gestaltung der Wochenhilfe nach der Reichsversicherung nachahmenswerten Weise die Zeit der tatsächlichen Hilfsdienstleistung jedoch ab. Auf Grund der Erwägung, daß es im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind dringend erwünscht ist, daß sich die erstere wenigstens in der Zeit unmittelbar vor ihrer Niederkunft schwerer körperlicher Arbeit enthält, wird der selbst im Hilfsdienst tätigen Wöchnerin auf die sechs Monate die Zeit einer Beschäftigungslosigkeit unmittelbar vor der Niederkunft bis zu vier Wochen angerechnet (§ 3 Abs. 2). Nach der Fassung des Gesetzes muß wohl angenommen werden, daß die vier Wochen Beschäftigungslosigkeit vor der Niederkunft zusammenhängend zurückgelegt sein müssen, daß also eine Wöchnerin, welche die vierte und dritte Woche vor ihrer Entbindung ohne Arbeit war, die zweite Woche im Hilfsdienst beschäftigt war und sich erst die letzte Woche jeder Tätigkeit enthielt, nur dann einen Anspruch auf Wochenhilfe besitzt, wenn sie mindestens 25 Wochen tatsächlicher Beschäftigung im Hilfsdienst nachweist.

Das HDG., am 6. Dezember 1916 in Kraft getreten, äußerte nicht sofort seine volle Wirkung. Es verging noch reichlich das erste Vierteljahr 1917, bis seine Durchführung sich in den wirtschaftlichen Verhältnissen unseres Volkes bemerkbar machte. So konnte auch die Übernahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst in zahlreichen Fällen erst einige Zeit nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen. Dies hat notwendig zur Folge, daß die sechsmonatige

Digitized by Google

Wartezeit am 9. Juli 1917 zumeist noch nicht nachgewiesen werden kann. Es empfahl sich daher für die Übergangsmonate eine allgemeine Abkürzung der Wartezeit; dies geschah in der Weise, daß sich bis zum 1. September 1917 die sechs Monate um jeden Tag verkürzen, um den die Wöchnerin früher als am 1. September 1917 entbindet (§ 5). Erfolgt also eine Entbindung am 1. August 1917, so genügt bei einer Ehefrau eine fünfmonatige Tätigkeit des Ehemannes im vaterländischen Hilfsdienst, um den Anspruch auf Wochenhilfe zu begründen; da die Anrechnung der Zeit einer unmittelbar vor der Niederkunft liegenden Beschäftigungslosigkeit für selbst im Hilfsdienst tätige Wöchnerinnen auch hier Platz greift, würde es, falls die Ehefrau selbst im vaterländischen Hilfsdienst tätig ist, nur der Zurücklegung einer tatsächlichen Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst von vier Monaten bedürfen. In Geburtsfällen nach dem 1. September 1917 greift allerdings das Erfordernis der sechsmonatigen Wartezeit in vollem Umfange Platz, auch wenn die im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigte Person schon vor dem 1. März 1917 in diesen eingetreten ist.

VI. Wie bereits mehrfach erwähnt, bringt es die allgemeine Einräumung des Anspruchs auf Wochenhilfe an jede selbst im Hilfsdienst tätige oder durch die Tätigkeit ihres Ehemannes oder des Vaters ihres unehelichen Kindes in mittelbarer Beziehung zum Hilfsdienst stehende Wöchnerin mit sich, daß Personengruppen ein Anrecht auf eine Beihilfe von seiten des Reichs besitzen, die, wie die Landbevölkerung, unberührt durch das HDG. ihrer gewohnten Beschäftigung weiter nachgehen oder, wie zahlreiche gewerbliche Arbeiter, infolge ihrer Tätigkeit im vaterländischen Hilfsdienst nicht nur keine Verminderung ihrer Einkommensverhältnisse, sondern vielmehr eine Mehrung derselben erfahren haben. Es wird daher als zweite und wichtigste Voraussetzung für die Gewährung der Wochenhilfe an Hilfsdiensttätige der Nachweis einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage des Hilfsdiensttätigen infolge seiner Beschäftigung im Hilfsdienst gefordert. Der Gesetzgeber vermeidet es, den Begriff „Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage" festzulegen. Ausgehend von dem Gesichtspunkte, daß nur die örtlichen Stellen selbst genau die einschlägigen Verhältnisse zu beurteilen vermögen, überläßt er es ihrem „billigen Ermessen, unter Berücksichtigung aller Umstände" festzustellen, ob eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage eingetreten ist (§ 6 Abs. 1). Immerhin gibt er einige Anhaltspunkte, aus welchen auf eine solche Verschlechterung geschlossen werden kann. Er geht hierbei von der Annahme aus, daß der Wechsel des Beschäftigungsortes oder des Arbeitgebers oder derjenige der Beschäftigungsart, z. B. bei der Verpflanzung gewerblicher Arbeiter auf das Land, von nachhaltigem Einfluß auf die Wirtschaftslage des Einzelnen zu sein vermag (§ 6 Abs. 2). Es ist aber auch denkbar, daß ohne einen solchen Wechsel beim Verbleiben an derselben Arbeitsstätte sich die Arbeitsbedingungen verschlechtert haben. Dabei ist nicht nur auf entstandenen Schaden, sondern auch auf entgangenen Gewinn zu achten, wie er z. B. dadurch entstehen kann, daß ein Arbeiter unter der Einwirkung des HDG. an seiner bisherigen Arbeitsstelle festgehalten wird, während er nachzuweisen vermag, daß er ohne dies eine besser gelohnte Beschäftigung hätte eingehen können; auch kann ein solcher entgangener Gewinn dadurch entstehen, daß das HDG. die Schließung von Betrieben nach sich zieht, oder daß die Zusammenlegung von Betrieben die Hilfsdiensttätigen zum Eingehen eines mindergelohnten Arbeitsverhältnisses zwingt. Es ist aber auch denkbar, daß eine Verminderung der bisherigen Einnahmen nicht erfolgt, daß aber die notwendigen Ausgaben beträchtlich gestiegen sind, wie es sich ergeben wird, wenn der Hilfsdienst an einem von dem Wohnort der Familie getrennten Ort ausgeübt wird und so eine doppelte Haushaltführung notwendig macht. Der Gesetzgeber nimmt daher

Digitized by Google

eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage an, wenn sich infolge des HDG. die Einnahmen des Beschäftigten vermindert oder seine notwendigen Ausgaben stärker als die Einnahmen vermehrt haben (§ 6 Abs. 3 Satz 1). Es ist hierbei zu beachten, daß die Fassung des Gesetzes darauf hinweist, daß nicht nur die Folgen der Hilfsdiensttätigkeit, sondern auch die des Hilfsdienstgesetzes von Einfluß für die wirtschaftliche Lage des im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten zu sein vermögen und daher mit in Berücksichtigung zu ziehen sind. Um festzustellen, wieweit die Einnahmen des im Hilfsdienst Beschäftigten eine Minderung oder seine notwendigen Ausgaben eine Mehrung erfahren haben, hat die mit der Prüfung des Antrags betraute Stelle einen Vergleich zu ziehen zwischen den wirtschaftlichen Verhältnissen des Beschäftigten während der Hilfsdiensttätigkeit in der Zeit unmittelbar vor der Niederkunft und derjenigen in einem Zeitraum unmittelbar vor Eintritt in den vaterländischen Hilfsdienst. Der zum Vergleich herangezogene Zeitraum muß jeweils von einheitlicher Dauer sein und kann sich auf ein volles Jahr erstrecken (§ 6 Abs. 3 Satz 2). Es wird zahlreiche Fälle geben, in denen die Feststellung der wirtschaftlichen Verhältnisse in der Zeit vor der Hilfsdiensttätigkeit nicht möglich oder sehr erschwert ist; hier können zum Vergleich die wirtschaftlichen Verhältnisse herangezogen werden, unter denen Personen von gleicher Art, Ausbildung und Beschäftigung in jener Zeit in derselben Gegend tätig gewesen sind (§ 6 Abs. 3 Satz 3 erster Halbsatz). Die Feststellung der wirtschaftlichen Verhältnisse des im Hilfsdienst Beschäftigten vor seinem Eintritt in den vaterländischen Hilfsdienst wird sich sehr oft dann notwendig machen, wenn der Hilfsdiensttätige in dieser Zeit Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet hat, wie es z. B. bei Beurlaubung von Mannschaften zur Arbeitsleistung in kriegswirtschaftlichen Betrieben sehr oft der Fall sein wird; sofern es für ihn günstiger ist, kann daher ein solcher Arbeiter fordern, daß nicht seine wirtschaftlichen Verhältnisse während seiner Kriegsdienstleistung, sondern diejenigen zugrunde gelegt werden, die sich für ihn ergeben hätten, wenn er in der fraglichen Zeit in seinem bürgerlichen Beruf gearbeitet hätte (§ 6 Abs. 3 Satz 3 zweiter Halbsatz).

VII. Als dritte und letzte Voraussetzung für die Gewährung der Wochenhilfe an Hilfsdiensttätige wird gefordert, daß ein Bedürfnis für die Beihilfe besteht. Wann dies der Fall ist, legt der Gesetzgeber mit klaren Worten dar. Er unterscheidet hierbei zwischen verheirateten und unverheirateen Wöchnerinnen und nimmt für beide Gruppen das Jahreseinkommen, d. i. „in der Regel" das Einkommen in dem Jahre zur Grundlage, das der Niederkunft vorausgegangen ist (§ 7 Abs. 2). Haben sich aber im Laufe dieses Jahres die Einkommensverhältnisse wesentlich und dergestalt verschoben, daß für die nächste Zeit eine Anderung nicht zu erwarten ist, so steht es im Ermessen der den Antrag verbescheidenden Stelle, das Einkommen nach den geänderten Verhältnissen zu berechnen.

Bei verheirateten Wöchnerinnen wird ein Bedürfnis für die Beihilfe als vorliegend erachtet, wenn das Jahreseinkommen des Ehepaares 2500 ℳ nicht übersteigt. Die Jahreseinkommensgrenze für unverheiratete Wöchnerinnen ist auf 1500 ℳ festgesetzt, zuzüglich weiterer 250 ℳ für jedes außer dem Neugeborenen schon vorhandene Kind unter 15 Jahren; für mehr als vier Kinder kann aber der Zuschlag nicht in Anrechnung gebracht werden, da die Höchsteinkommensgrenze auch der unverheirateten Wöchnerin auf 2500 ℳ festgesetzt ist. Als unverheiratet gelten auch Witwen und geschiedene, nicht aber getrennt lebende Frauen, als ehelich daher auch im Ehebruch erzeugte Kinder (vgl. Entscheidung des RVA. vom 3. Oktober 1916, Amtl. Nachr. 1917 S. 254); jedoch wird bei einer geschiedenen Frau hinsichtlich der ehelichen Kinder der Kinderzuschlag nur dann in Berechnung zu setzen sein, wenn ihr auch Kinder aus der geschiedenen Ehe zugesprochen sind;

Digitized by Google

andernfalls wird sie als eine unverheiratete Frau ohne Kinder zu gelten haben. Ein besonderer Unterschied ist noch in der Richtung zu machen, ob die unverheiratete Wöchnerin den Anspruch auf Wochenhilfe aus ihrer eigenen Hilfsdiensttätigkeit oder aus der Beschäftigung des Vaters ihres unehelichen Kindes im Hilfsdienst ableitet. Im ersteren Fall bleibt es bei den erwähnten Höchstgrenzen von 1500 bzw. 2500 ℳ. Anders, wenn der Anspruch auf der Hilfsdiensttätigkeit des Kindsvaters beruht. Dieser ist auch während seiner Beschäftigung im Hilfsdienst grundsätzlich verpflichtet, zum Unterhalt des Kindes beizutragen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß die Verschlechterung seiner Wirtschaftslage oder die Geringfügigkeit seiner Einnahmen es ihm erschwert, wenn nicht unmöglich macht, dieser Verpflichtung nachzukommen. Die Bekanntmachung zieht daher seine wirtschaftlichen Verhältnisse für die Frage des Bedürfnisses in gleicher Weise heran, wie dies beim ehelichen Vater geschieht, und bestimmt, daß das Bedürfnis für eine Beihilfe zu verneinen ist, wenn das Einkommen des im Hilfsdienst beschäftigten Vaters 2500 ℳ übersteigt (§ 7 Abs. 1 Halbsatz 2 Schlußsatz). Da hier nur von dem Einkommen (nicht dem Jahreseinkommen!) des unehelichen Vaters gesprochen wird, ist das Einkommen *während des Hilfsdienstes* zur Zeit der Niederkunft und nicht dasjenige im Jahre vor der Niederkunft zugrunde zu legen. Daneben bleibt jedoch für die Frage des Bedürfnisses nach einer Beihilfe auch noch das Einkommen der unverheirateten Mutter maßgebend.

VIII. Die Wochenhilfe für eine ledige Wöchnerin aus Anlaß der Hilfsdiensttätigkeit des unehelichen Kindsvaters ist ferner noch davon abhängig, daß die *Verpflichtung des Vaters zur Gewährung des Unterhalts* an das Kind festgestellt ist. Die Feststellung dieser Verpflichtung als Nachweis der Vaterschaft war erforderlich, da es im Hilfsdienst eine Unterstützung, wie im Falle des § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 nicht gibt. Der Nachweis der Vaterschaft ist in derselben Weise wie für die Gewährung der Familienunterstützung zu erbringen d. h. es genügt, sofern ein gerichtliches Urteil nicht beizubringen ist, jede Handlung also z. B. auch jede einwandfreie Äußerung in Briefen, aus der auf die Bereitwilligkeit des Vaters zur Anerkennung der Vaterschaft geschlossen werden kann.

IX. Die *Leistungen der Wochenhilfe* an Hilfsdiensttätige sind dieselben wie nach den bisherigen Bekanntmachungen. Auch für sie gilt die zu den früheren Verordnungen in Erlassen und Bescheiden, sowie in der Rechtsprechung ergangene Auslegung. Der Begriff der Niederkunft und der Schwangerschaftsbeschwerden (vgl. Entsch. des RVA. vom 18. September 1916 Nr. 2268, Amtl. Nachr. 1916 S. 742, ArbVers. 1917 S. 84), die Dauer des Wochengeldes (vgl. Entsch. des RVA. vom 20. September 1915 Nr. 2108, Amtl. Nachr. 1915 S. 757, ArbVers. 1915 S. 779) und damit des Stillgeldes, die Doppelgewährung des letzteren bei Stillen von Mehrlingen (vgl. Entsch. des RVA. vom 30. November 1915 Nr. 2149, Amtl. Nachr. 1916 S. 354, ArbVers. 1916 S. 253), die Fälligkeit der Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden (vgl. Entsch. des RVA. vom 30. Januar 1917 Nr. 2303, Amtl. Nachr. 1917 S. 253, ArbVers. 1917 S. 231) usw. haben eine Änderung nicht erfahren, ebenso wie auch hier, entsprechend der Bekanntmachung vom 23. April 1915, die Verpflichtung der Gemeindebehörden zur Unterstützung der mit der Leistung der Wochenhilfe betrauten Stellen bei der für die Gewährung des Stillgeldes nötigen Überwachung ausgesprochen ist (§ 19).

Während bei dem Anspruch der selbst im vaterländischen Hilfsdienst tätigen Wöchnerin auf Wochenhilfe lediglich die Erfüllung einer im Jahre vor der Niederkunft liegenden Beschäftigung von sechs Monaten im vaterländischen Hilfsdienst — gegebenenfalls unter Einrechnung einer vierwöchigen Beschäftigungslosigkeit unmittelbar vor der Ent-

Digitized by Google

bindung — gefordert wird, ist der Beginn und das Ende der Leistungen bei einem auf die Hilfsdiensttätigkeit des Ehemannes oder des Kindsvaters gegründeten Anspruch auf das engste mit der Beschäftigung im Hilfsdienst selbst verbunden. Ebenso wie die Leistungen nur dann fällig werden, wenn der Ehemann oder Kindsvater im Augenblick der Niederkunft noch im Hilfsdienst tätig ist, so endet auch jeder Anspruch auf Wochen- und Stillgeld mit seinem Austritt aus diesem. Andererseits bewirkt aber ein erst nach der Niederkunft erfolgtes Eintreten in den Hilfsdienst ebenso wie dies bei der Kriegsdienstleistung der Fall ist, einen Anspruch auf Wochen- und Stillgeld für den Rest der von der Niederkunft an zu rechnenden acht oder zwölf Wochen; da aber für das Entstehen des Anspruchs eine zur Zeit der Niederkunft bereits erfüllte sechsmonatige Tätigkeit im Hilfsdienst unerläßliche Voraussetzung ist, so handelt es sich in solchen Fällen nicht um den erstmaligen Eintritt, sondern nur um die Wiederaufnahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst; eine Ausnahme besteht nur dann, wenn es sich um eine Heranziehung auf Grund besonderer schriftlicher Aufforderung nach § 7 HDG. handelt, in welchen Fällen auch hier von dem Erfordernis der vorgängigen Wartezeit abgesehen wird (§ 8 Abs. 2). Wird dagegen die sechsmonatige Wartezeit erst im Laufe der für die Wochenhilfe in Betracht kommenden Fristen erfüllt, so kann hieraus ein Anspruch auf die am Tage der Erfüllung noch nicht fällig gewordenen Beihilfen nicht abgeleitet werden.

Schon die bisherigen Verordnungen hatten für die Übergangszeit die Bestimmung getroffen, daß Wöchnerinnen, die vor dem Tage des Inkrafttretens der einzelnen Bekanntmachungen entbunden hatten, von diesem Tage ab Wochengeld auf acht und Stillgeld auf zwölf Wochen, jedoch in beiden Fällen abzüglich der zwischen dem Tage der Niederkunft und dem des Inkrafttretens liegenden Zeit, erhalten. Dasselbe ist hinsichtlich des Anspruchs Hilfsdiensttätiger auf Wochenhilfe der Fall (§ 21 Abs. 2).

Die Leistungen der Wochenhilfe an Hilfsdiensttätige sind keine öffentlichen Armenunterstützungen; sie sind im Rahmen des § 119 RVO. übertragbar, pfändbar und verpfändbar; sie können nach § 223 Abs. 2 RVO. aufgerechnet werden und verjähren in zwei Jahren nach dem Tage ihres Entstehens (§ 9).

X. Für das Verfahren bei Stellung der Anträge von im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigten Personen auf Wochenhilfe, sowie für die Verbescheidung solcher Anträge schließt sich die neue Bekanntmachung eng an die Verordnung vom 23. April 1915 an. Auch die Anträge auf Wochenhilfe Hilfsdiensttätiger sind zunächst bei der Krankenkasse (Orts-, Land-, Betriebs-, Innungs-, knappschaftlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse) zu stellen, der die Wöchnerin angehört, wenn sie aber als landwirtschaftliche Arbeiterin oder als Dienstbote von der Versicherung befreit ist oder zur Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge gehört, bei ihrem Arbeitgeber oder der Seeberufsgenossenschaft in Hamburg (§ 10 Abs. 1, 2, 3). Darüber hinaus mußte aber die Bekanntmachung dem Umstand Rechnung tragen, daß die überwiegende Mehrzahl der im Hilfsdienst Tätigen auf Grund der Verordnung vom 24. Februar 1917 über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten (RGBl. S. 171) der reichsgesetzlichen Krankenversicherung unterliegt, und daß daher den Wöchnerinnen nicht nur auf Grund eigener Versicherung, sondern auch in der Form der Familienhilfe auf Grund der Versicherung ihres Mannes ein Anspruch auf Wochenhilfe zustehen kann. Gehört daher die Wöchnerin selbst einer Krankenkasse usw. nicht an, ist aber ihr Ehemann Mitglied einer solchen oder auf Grund des § 418 oder des § 435 RVO. von der Versicherung befreit oder zählt er zur Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge, so ist der Antrag bei der Krankenkasse des Ehemannes, seinem Arbeit-

Digitized by Google

geber oder der Seeberufsgenossenschaft zu stellen (§ 10 Abs. 4). Dies kann mannigfache Schwierigkeiten und Verzögerungen in der Anweisung der Wochenhilfe im Gefolge haben, namentlich dann, wenn der Ehemann im besetzten Gebiet im Hilfsdienst tätig ist und dort einer Krankenkasse gemäß der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1916 über Krankenversicherung im Ausland (RGBl. S. 1383) angehört.

Erst wenn auch der Ehemann nicht versichert ist, richtet sich der Antrag an die Kommission des Lieferungsverbandes. In Betracht kommt die Kommission, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin, und zwar derjenige zur Zeit der Antragstellung liegt (vgl. Ziff. II der im Einverständnis mit dem Reichsamt des Innern ergangenen Entschließung des Kgl. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 7. Dezember 1915 in ArbVers. 1916 S. 202); hält sich die Wöchnerin zur Zeit der Antragstellung im Ausland auf, so ist der Lieferungsverband ihres letzten im Inland gelegenen gewöhnlichen Aufenthaltsortes maßgebend (§ 12 Satz 1).

Daß die Bekanntmachung vom 6. Juli 1917 trotz der engen Beziehungen der Hilfsdiensttätigen zu den Krankenkassen nicht den Weg der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914, sondern den der Bekanntmachung vom 23. April 1915 wählte, und nicht den Krankenkassen, sondern den Lieferungsverbänden die Beschlußfassung über die Anträge auf Wochenhilfe übertrug, dürfte ursächlich darauf zurückzuführen sein, daß bei der Entscheidung doch wesentlich andere Momente, als in der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 gegeben, zu würdigen sind. Dort handelte es sich um die bloße Feststellung von Tatsachen (Kriegsdienstleistung und vorgängige Versicherungszeit). Hier fordert die Auslegung der Begriffe „Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage" und „Bedürftigkeit" die selbständige Abwägung aller besonderen Umstände des Einzelfalles, wobei dem freien Ermessen ein weiter Spielraum bleibt. Zur Prüfung dieser Frage sind aber in erster Linie die Lieferungsverbände berufen, die infolge ihrer Tätigkeit auf dem Gebiete der Familienunterstützung und der auf dieser beruhenden Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 hinreichende Erfahrung während des Krieges gesammelt haben.

Da die Voraussetzungen für die Gewährung der Wochenhilfe an Hilfsdiensttätige nicht so einfach gelagert sind, wie in den Fällen des § 2 Abs. 1 der Bekanntmachung vom 23. April 1915, in denen die Tatsache des Bezugs der Familienunterstützung ohne weiteres den Beweis für das Vorliegen der Minderbemitteltheit der Wöchnerin erbringt, so obliegt die Entscheidung über die einzelnen Anträge der Kommission des Lieferungsverbandes (§ 15 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1), die schriftlichen endgültigen Bescheid, bei Ablehnung unter Angabe der Gründe, erteilt (§ 16 Abs. 1). Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn der Antrag die tatsächlichen Angaben vermissen läßt, aus denen auf eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage geschlossen werden kann; der Mangel dieses Erfordernisses jeden Antrags (§ 11) berechtigt den Vorsitzenden der Kommission, den Antrag von sich aus durch schriftlichen Bescheid zurückzuweisen (§ 15 Satz 1 Halbsatz 2), ohne daß der Antragsteller jedoch gehindert ist, ihn nach entsprechender Ergänzung zu wiederholen (§ 11 Abs. 1 Satz 2).

XI. Die Auszahlung der Wochenhilfe nach der neuen Bekanntmachung erfolgt auf demselben Wege wie diejenige der Leistungen nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915. Soweit Krankenkasse, Arbeitgeber oder Seeberufsgenossenschaft bereits leistungspflichtig sind, gewähren sie die Wochenhilfe weiter, jedoch unter Erhöhung der unter dem Reichssatz bleibenden Beträge — d. i. in erster Linie des Wochengeldes — auf diesen (§ 17 Abs. 1, 2). Die Krankenkassen sind berechtigt, entsprechend dem § 4 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) durch Vorstandsbeschluß an Stelle der Barleistungen des Entbindungs-

Digitized by Google

kostenbeitrages und der Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden Sachleistungen treten zu lassen (§ 10 Abs. 3); ein solcher Beschluß muß jedoch für alle Wöchnerinnen gefaßt werden, denen die Kasse nach der Verordnung Wochenhilfe zu gewähren hat. Um den Lieferungsverbänden darüber Klarheit zu geben, ob eine Kasse, ein Arbeitgeber oder die Seeberufsgenossenschaft einer Wöchnerin Wochenhilfe zu leisten hat, müssen sich diese Stellen bei Weiterleitung des Antrags an den Lieferungsverband hierüber äußern (§ 12 Satz 2), wogegen ihnen auch Kenntnis von dem ergangenen Bescheid zu geben ist (§ 16 Abs. 2). Umgekehrt hat, um Doppelleistungen zu vermeiden, der beim Lieferungsverband gestellte Antrag die ausdrückliche Erklärung zu enthalten, daß weder die Wöchnerin noch ihr Ehemann einer Krankenkasse angehört oder von der Versicherung befreit ist (§ 14 Abs. 2).

Die Auszahlung der Leistungen hat seitens der Kassen usw. wöchentlich zu geschehen. Den Kassen selbst werden die verauslagten Beträge von den Lieferungsverbänden zurückerstattet, Wochengeld jedoch nur in Höhe der die satzungsmäßige Leistung übersteigenden Beträge (§ 18 Abs. 1); für Sachleistungen werden die im Falle der Barleistung von Reichs wegen gewährten Sätze vergütet (§ 18 Abs. 2). Um den Kassen usw. die Möglichkeit zu geben, sich den Ersatz ihrer Aufwendungen nach Tunlichkeit zu sichern, können sie den Antrag auf Wochenhilfe selbst stellen, wenn die Wöchnerin ihrer Aufforderung, ihn zu stellen, binnen zwei Wochen nicht entspricht (§ 13).

Soweit die Lieferungsverbände die Auszahlung der Wochenhilfe unmittelbar trifft, veranlassen sie diese wöchentlich durch dieselben Stellen, welche die Reichsfamilienunterstützung auszahlen (§ 17 Abs. 4). Sie selbst erhalten ihre eigenen, wie die von den Kassen usw. gemachten Aufwendungen vierteljährlich nach den Bestimmungen der Bekanntmachung vom 13. Juli 1917 über die Erstattung der verauslagten Beträge für Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes an die Lieferungsverbände (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1917 Nr. 22) ersetzt (§ 20).

XII. Die neue Verordnung über die Wochenhilfe an Hilfsdienstätige ist ein außerordentlich verwickeltes Gebilde, so daß ausführlicher bei ihr verweilt werden mußte. Sie ist leider nicht geeignet, das ohnehin schon ziemlich schwierige Gebiet der Kriegswochenhilfe den äußeren Behörden, auf deren richtigen und raschen Vollzug es doch in erster Linie ankommt, zu erleichtern. Die Fülle der Voraussetzungen und die Umständlichkeit der Beschaffung der einzelnen Unterlagen, die außerordentliche Dehnbarkeit des Begriffs „Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage" usw. überbürden den mit der Bearbeitung der einzelnen Anträge befaßten Stellen eine neue, nicht geringe Geschäftsbelastung, die bei Beginn des vierten, weitere Einschränkungen an geschultem Personal schon jetzt anzeigenden Kriegsjahres bei weniger strenger Fassung der Verordnung vielleicht hätte vermieden werden können, zumal die Grundursache zu ihrem Erlaß, die Sorge für den Nachwuchs unseres Volkes, von selbst für eine auch tatsächlich in die Erscheinung tretende Ausdehnung des Kreises der bisher wochenhilfeberechtigten Personen gesprochen hätte. In ihrer gegenwärtigen Gestalt wird die Verordnung zwar zahlreiche Anträge, aber wenig Genehmigungen zeitigen und damit viele Enttäuschungen bereiten. Die Stillhäufigkeit wird nicht vermehrt werden; denn wie die Dinge nun einmal liegen und die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt haben, bedarf es auch hier des „Anreizes" der Stillprämie. Wo aber doch eine Gewährung der Wochenhilfe an Hilfsdienstätige stattfindet, kann schon heute gesagt werden, daß die Stattgabe des Antrags angesichts der Beibringung der zahlreichen, nicht immer leicht zu beschaffenden Beweise gar sehr post festum kommen wird. Was es aber heißt, wenn die Wochenhilfe in einer Summe, Wochen nach der Niederkunft, gezahlt wird, lehrt die Praxis jeden Tag. Mutter und

Digitized by Google

Kind haben in den Tagen, in denen eine Beihilfe wirklich benötigt wurde, nicht mehr, als sie sich auch ohne eine solche beschaffen können. Das Geld, das der Wöchnerin dann später zufällt, wird, wenn überhaupt zu ihrer und des Kindes Pflege verwendet, nur mehr halbe Wirkung tun.

So veranlaßt die Verordnung vom 6. Juli 1917 in den Kreisen der Hilfsdienstätigen nicht erfüllbare Erwartungen, belastet die Behörden und Krankenkassen mit undankbarer Arbeit und enttäuscht auch den Bevölkerungspolitiker, der nur von einer „praktischen" Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge Erfolge seiner Bestrebungen erhoffen kann.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 6 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Juni 1917.)

I. Unfallversicherung.

Ein Büfettier, der in einem Gastwirtschaftsbetriebe Getränke einzuschänken und diese sowie Zigarren und andere Waren den Kellnern zu verabfolgen hat, ist mit Behandlung und Handhabung der Ware im Sinne des § 537 Abs. 1 Ziff. 11 RVO. beschäftigt (2952 S. 454).

Die bloße Ablehnung eines Rentenerhöhungsantrags während des Laufens einer vorläufigen Rente bedeutet nicht zugleich die Feststellung der Dauerrente, auch dann nicht, wenn die Ablehnung nach Ablauf der zweijährigen Frist des § 1585 Abs. 2 RVO. stattfindet (2953 S. 456).

Im Verfahren nach der RVO. steht der Berufsgenossenschaft bei verspätetem Einspruch das Recht zu, auf das aus dem rechtskräftigen Bescheid erworbene formelle Recht zu verzichten und zu dem Entschädigungsanspruche durch Erteilung eines sachlich begründeten Endbescheids Stellung zu nehmen (2954 S. 456).

Die Unzulässigkeit einer Beschwerde eines berufsgenossenschaftlichen Angestellten gegen eine Strafverfügung der Genossenschaft (§ 705 Abs. 1 RVO.) schließt nicht aus, daß das Reichsversicherungsamt im Aufsichtswege die Verfügung aufhebt (2955 S. 457).

Ob der Aufenthaltsort eines zum Heeresdienst Eingezogenen als Wohnort im Sinne der §§ 1592, 1677, 1637 ff. RVO. anzusehen ist, richtet sich nach den tatsächlichen Verhältnissen des einzelnen Falles (2956 S. 457).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zahnfäule (Karies) ist im Sinne des § 182 RVO. eine Krankheit, die ärztliche Behandlung erfordert. Kann der Zahn durch Füllung für längere Zeit erhalten werden, so hat die Kasse diese Art der Behandlung zu gewähren und darf sich nicht darauf beschränken, die billigeren Kosten des Zahnziehens zu übernehmen (2341 S. 459).

Der Zeitpunkt der Erkrankung ist für die Beurteilung aller Ansprüche aus demselben Versicherungsfalle maßgebend. Die Höhe des Krankengeldes richtet sich daher stets, auch wenn Arbeitsunfähigkeit erst unter geänderten Lohnverhältnissen eintritt, nach der Höhe des Lohnes zu Beginn der Erkrankung (2342 S. 462).

Nicht jeder Verstoß gegen die Krankenordnung berechtigt die Kasse nach § 184 Abs. 3 Ziff. 3 RVO. zur Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus (2343 S. 463).

Macht die Satzung gemäß § 176 Abs. 3 RVO. das Recht zum Beitritt von der Vorlegung eines Gesundheitszeugnisses abhängig, so ist der Beitritt unwirksam, wenn nicht der Anmeldung das Zeugnis beigelegt ist. — Aus § 213 RVO. können auch solche Personen Anspruch auf Kassenleistungen erwerben, die mangels Beifügung des vorgeschriebenen Gesundheitszeugnisses nicht versicherungsberechtigt sind, aber sich im übrigen vorschriftsmäßig angemeldet haben (2344 S. 465).

Bei Prüfung der Frage, für welche Zeit die in einer Quittungskarte verwendeten Beitragsmarken gelten sollen, sind die auf den Marken angegebenen Entwertungsdaten nicht ausschließlich zu berücksichtigen (zu vgl. Rev.-Entsch. 1714 und 2115, Amtl. Nachr. 1913 S. 514, 1915 S. 768). — § 1707 RVO. setzt voraus, daß als Träger des revisionsfähigen und des nicht revisionsfähigen Anspruchs eine und dieselbe Partei in Frage kommt. Die Vorschrift ist daher nicht anwendbar, wenn Ansprüche auf Waisenrente und Witwengeld in demselben Verfahren verfolgt werden (2345 S. 467).

Ein Knappschaftsverein kann für die Begräbnisbeihilfe, die er beim Tode eines durch Betriebsunfall umgekommenen Berginvaliden auf Grund berggesetzlicher Vorschrift aus der Pensionskasse leistet, nach §§ 1528, 1502 RVO. Ersatz aus dem Sterbegelde der Unfallversicherung beanspruchen (2346 S. 468).

Ein Armenverband, der einen Hilfsbedürftigen durch Unterbringung im Krankenhaus unterstützt hat,

Digitized by Google

kann von der Krankenkasse für die Unterhaltskosten nur insoweit Ersatz verlangen, als der Unterstützte Anspruch auf Krankengeld für die in Frage stehende Zeit hatte (2347 S. 470).

Ein Armenverband, der für einen unentgeltlich beschäftigten Lehrling ein Heilverfahren in einem Krankenhause durchgeführt hat, kann von der Krankenkasse nur für Krankenpflege, nicht auch für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhaus Ersatz verlangen (2348 S. 471).

Die Rückversicherung eines an sich leistungsunfähigen Arbeitgebers bei einem leistungsfähigen Versicherungsverein ist für sich allein nicht geeignet, die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers im Sinne der §§ 418, 435 RVO. zu begründen (2349 S. 472).

Zu landwirtschaftlichen Arbeitgebern, deren Leistungsfähigkeit im Sinne des § 418 Abs. 2 Ziff. 2 RVO. sicher ist, sind nicht lediglich „Großgrundbesitzer" zu rechnen (2350 S. 477).

Die Abgabe einer Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1799 RVO. ist unzulässig, wenn es sich um die Auslegung von Vorschriften der Kassensatzung handelt, ohne daß dabei eine nach Tragweite und Bedeutung zweifelhafte gesetzliche Vorschrift in Betracht kommt (2351 S. 479).

Selbständige Handwerksmeister werden nicht dadurch krankenversicherungspflichtige Hausgewerbetreibende im Sinne des § 2 der Verordnung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49), daß sie als Mitglieder von Rohstoff- oder sonstigen Genossenschaften Arbeiten für die Heeresverwaltung ausführen (2352 S. 480).

B. Allgemeines.

Versicherungsrechtliche Stellung der Einkassierer einer Krankenkasse.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 19. Januar 1917 (P. 133/17).

Sch., S. und E. sind bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in L. in der Zeit bis zum 22. März 1914 als Boten tätig gewesen. Seit dem 23. März 1914 hat sich ihre Tätigkeit verändert; sie führen seitdem die Dienstbezeichnung Einkassierer. Die genannte Ortskrankenkasse hat zunächst die Boten zur Angestelltenversicherung angemeldet und für sie Beiträge entrichtet. Nachdem jedoch H., S. und E. durch rechtskräftig gewordene Entscheidung des Oberversicherungsamts in L. vom 8. April 1914 für versicherungspflichtig gemäß § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. erklärt worden waren, hat die Kasse die 4 Boten am 16. April 1914 von der Angestelltenversicherung abgemeldet und um Rückerstattung der für sie entrichteten Beiträge gebeten. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat demgegenüber die Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte behauptet und eine Entscheidung des Rentenausschusses in diesem Sinne beantragt. Die früheren Boten, nunmehrigen Einkassierer, sind darauf durch Entscheidung des Rentenausschusses für die Zeit bis zum 22. März 1914 für versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte, von da ab dagegen als zu den in § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehörig erachtet worden. Hiergegen haben die Einkassierer rechtzeitig Beschwerde beim Schiedsgericht eingelegt mit dem Antrag, sie auch für die Zeit nach dem 22. März 1914 für versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte zu erklären. Die Ortskrankenkasse hat die Abweisung der Beschwerde nicht beantragt, eine Anerkennung der Versicherungspflicht aber mit Rücksicht auf die erwähnte gegenteilige Entscheidung des Oberversicherungsamts abgelehnt. Die Reichsversicherungsanstalt hat sich der Beschwerde angeschlossen und um Abgabe der Sache an das Oberschiedsgericht zur grundsätzlichen Entscheidung gebeten. Die zuständige Landesversicherungsanstalt hat sich dahin geäußert, daß die Einkassierer zu den in § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehörten. Das Schiedsgericht hat dem Abgabeantrag entsprochen und das Oberschiedsgericht hat danach die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden

Gründen:

Für die Zeit bis zum 22. März 1914 steht die Versicherungspflicht der Beschwerdeführer durch die Entscheidung des Rentenausschusses, die insoweit nicht angefochten worden ist, rechtskräftig fest; das Oberschiedsgericht hat daher nur über die Versicherungspflicht der Einkassierer in der Folgezeit zu befinden. Es läßt sich nicht verkennen, daß seit dem angegebenen Zeitpunkt, der durch die Übersiedlung der Kasse in ihr neues Verwaltungsgebäude bestimmt wurde, die Tätigkeit der Beschwerdeführer sich insoweit wesentlich vereinfacht hat, als ihre frühere umfangreiche Mitwirkung im Bureaudienste der Kasse und bei Ausübung der Krankenkontrolle seitdem weggefallen ist und sie nur noch im Außendienste beschäftigt werden. Abgesehen von dem Abtragen von Geldern, Mitgliedsbüchern, Hinterlegungsscheinen und sonstigen für Ärzte, Apotheker, Arbeitgeber und andere bestimmten Sendungen, liegt ihnen insbesondere die Einziehung der Beiträge ob, die auf Grund einer den Einkassierern morgens eingehändigten und an demselben Tage zu erledigenden Aufstellung, des sogenannten Hebebogens, bewirkt wird. Die eingezogenen Beträge sind nach Erledigung des Hebebogens noch am gleichen Tage abzuliefern; für Fehlbeträge haben die Einkassierer aufzukommen, wofür sie jährlich 50 ℳ Mankogelder erhalten. Die Zahlung seitens der Arbeitgeber erfolgt gegen Aushändigung vorbereiteter, von dem Kassierer lediglich mit dem Zeitvermerk und mit Namensunterschrift zu versehender Pauschquittungen. In allen diesen Punkten unterscheidet sich ihre Tätigkeit in nichts wesentlichem von der eines Einnehmers einer Versicherungsgesellschaft, sie ist rein mechanisch und unterliegt nicht der Ver-

Digitized by Google

sicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte, wie das Oberschiedsgericht in der Entscheidung Nr. 33 vom 1. Mai 1915 — P. 17/14 — („Angestelltenversicherung" 1915 S. 137) grundsätzlich ausgesprochen hat. Hieran wird auch durch den Umstand nichts geändert, daß den Arbeitgebern keine Aufstellungen über die Zusammensetzung der von ihnen erforderten Beträge zugehen, sondern die Einkassierer die Konten der betreffenden Schuldner mit sich führen, sie auf Verlangen vorlegen und erforderlichenfalls erläutern. Denn die Erklärung eines derartigen Kontos erfordert weder besondere Geschäftsgewandtheit noch wesentliche Kenntnisse der Buchführung. Es kann also nur die Frage sein, wie auch das Schiedsgericht zutreffend erkannt hat, ob die den Beschwerdeführern obliegende Pflicht, den Arbeitgebern auf Befragen Auskünfte über Fragen der Krankenversicherungspflicht, Beitragshöhe und ähnliches zu erteilen, sowie An- und Abmeldungen entgegenzunehmen, die Tätigkeit als eine gehobene erscheinen läßt und somit die Versicherungspflicht begründet. Diese Frage ist jedoch zu verneinen. Zunächst handelt es sich auch hier nur um einen engbegrenzten Kreis gleichartiger Fälle, zu deren Beurteilung keineswegs umfangreiche Kenntnisse gehören. Die Beschwerdeführer geben auch selbst an, daß lediglich die Kassensatzung in ihren einschlägigen Teilen und eine Bekanntmachung über die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge die einzige Grundlage ihrer für die Kasse übrigens nicht bindenden Auskünfte gebildet hat. Die von dem Schiedsgericht angezogene Entscheidung des Oberschiedsgerichts in Sachen H. — P. 146/15 — lag erheblich anders; denn dort handelte es sich um Einkassierer, denen eine ausgedehnte Stundungsbefugnis zustand, die den Beschwerdeführern fehlt, die ferner das Recht hatten, neue Mitglieder in den Verband, dessen Angestellte sie waren, aufzunehmen, die in Verbandsversammlungen den Vorsitz zu führen und Fachvorträge zu halten hatten, die also neben ihrer Einnehmertätigkeit Aufgaben zu erfüllen hatten, die weit über die Obliegenheiten der Beschwerdeführer hinausgehen. Ihre Beschäftigung steht vielmehr ihrer Art nach der des Recherchеurs einer Versicherungsgesellschaft nahe, dessen Versicherungspflicht das Oberschiedsgericht in der grundsätzlichen Entscheidung 148 vom 26. Mai 1916 — P. 26/16 — („Angestelltenversicherung" 1916 S. 226) verneint hat. Dazu kommt für den vorliegenden Fall, daß die Einnehmertätigkeit der Beschwerdeführer ihre sonstige Beschäftigung weit überwog und ihrer Stellung das Gepräge gab, worauf auch ihre Dienstbezeichnung als Einkassierer hinweist. Sie sind somit nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte, sie unterliegen vielmehr, wie auch die Landesversicherungsanstalt annimmt, der Versicherungspflicht nach § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO.

Versicherungsrechtliche Stellung der Poliere in größeren Baubetrieben.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 5. Januar 1917 (P. 34/16).

Die grundsätzliche Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 7. April 1916 — P. 139/15 — („Angestelltenversicherung" 1916 S. 185) hat allerdings die Versicherungspflicht der Maurer- und Zimmerpoliere nur „in kleineren Betrieben" verneint. Die Rechtsprechung ist aber hinsichtlich der Schachtmeister in Tiefbaubetrieben, deren Stellung im wesentlichen ebenso geregelt ist wie die der Poliere im Hochbau, über jenes Erfordernis bereits hinweggegangen (zu vgl. Entsch. vom 14. April 1916 — P. 119/15 —, „Angestelltenversicherung" 1916 S. 192 und vom 23. Juni 1916 — P. 115/15 —). In beiden Fällen handelte es sich um größere Baufirmen, wobei den Schachtmeistern in dem einen Falle 20 bis 30, in dem anderen bis zu 60 Arbeiter unterstanden. Der vorliegende Fall bietet keinen Anlaß, von der bisherigen Rechtsprechung abzuweichen. Der mitgeteilte Sachverhalt ergibt, daß auch hier die Poliere fortlaufend von höheren Angestellten überwacht und angeleitet werden, Tag für Tag die nach dem Stande der Arbeiten erforderlichen Weisungen empfangen und nur die zu deren Ausführung noch nötigen Anordnungen zu treffen haben, wobei sie teilweise die gleichen körperlichen Arbeiten verrichten wie die ihnen unterstellten Arbeiter. Ein gewisses Maß von Aufsicht über diese Arbeiter ist allerdings mit ihrer Stellung untrennbar verbunden. Diese Aufsicht geht aber nach Art und Maß nicht über die Befugnisse hinaus, die einem Vorarbeiter zustehen. Anderseits ist es für die Stellung der Poliere bezeichnend, daß sie bei stillem Geschäftsgang oder in der kalten Jahreszeit den Posten eines einfachen Arbeiters übernehmen, sei es in dem nämlichen oder einem anderen Betriebe. Den Ausführungen der Beschwerdeschrift der Firma W. ist insoweit beizutreten. Auch im vorliegenden Falle hat K. nach dem Ausbruch des Krieges eine Beschäftigung übernehmen müssen, die im wesentlichen in körperlicher Arbeit besteht.

Die von der Beschwerde zum Vergleich herangezogenen Entscheidungen des Rentenausschusses über die Versicherungspflicht der Poliere R. und Kn. bedeuten allerdings kein Abgehen des Rentenausschusses von seinem bisher eingenommenen Standpunkt, da der Rentenausschuß in beiden Fällen als festgestellt angesehen hat, daß die körperliche Mitarbeit der Poliere den größten Teil ihrer Arbeitszeit in Anspruch genommen habe. In früheren Entscheidungen ist bereits darauf hingewiesen worden, daß die Angaben über die tägliche Dauer der körperlichen Mitarbeit der Poliere und ähnlicher Personen eine gewisse Unsicherheit in sich tragen. Abgesehen davon wechselt diese Mitarbeit je nach den Verhältnissen; sie kann bei einem Bau sehr bedeutend sein,

Digitized by Google

bei einem anderen ganz in den Hintergrund treten. Es kommt aber gar nicht entscheidend auf diese Feststellung an. Denn auch wenn die aufsichtliche Tätigkeit überwiegt, kann doch aus ihr bei der Eigenart des Baubetriebes regelmäßig auf eine gehobene Stellung der Poliere nicht geschlossen werden. Demgemäß war unter Aufhebung der Vorentscheidung die Versicherungspflicht des K. zu verneinen und auszusprechen, daß er in seinem Beschäftigungsverhältnis bei der Beschwerdeführerin zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehört.

Kriegszulagen als Entgelt.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 13. April 1917.

Vorbehaltlich der Entscheidung im Rechtsmittelzuge tritt das Reichsversicherungsamt der Ansicht bei, daß Kriegszulagen und Familienkriegsbeihilfen, die den Arbeitern und Angestellten der Heeresverwaltung gezahlt werden, einen Entgelt im Sinne der RVO. (§§ 165, 1226) bilden, denn sie stellen sich als eine auf Grund des Dienstverhältnisses tatsächlich gewährte Gegenleistung für die Arbeitstätigkeit dar. Ohne Belang ist der Maßstab des Entgelts. Die Zuwendungen sollen die infolge der Teuerung in ihrem Werte gesunkene Gegenleistung des Arbeitgebers auf die zur Zeit angemessene Höhe bringen und bilden damit einen Teil der Gegenleistung des Arbeitsgebers für die Tätigkeit des Beschäftigten. Sie sind dem regelmäßigen Jahresverdienst zuzurechnen, so daß Betriebsbeamte und andere Angestellte, wenn infolgedessen der Jahresarbeitsverdienst bei der Krankenversicherung 2500 ℳ, bei der Invalidenversicherung 2000 ℳ übersteigt, nicht der Versicherungspflicht unterliegen.

C. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Erstattung der verauslagten Beträge für Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes an die Lieferungsverbände.

Vom 13. Juli 1917 (ZtrBl. f. d. Deutsche Reich S. 238).

Gemäß § 20 der Bekanntmachung über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes vom 6. Juli 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 591) wird über die Erstattung der von den Lieferungsverbänden verauslagten Beträge für Wochenhilfe folgendes bestimmt:

§ 1.

Die Lieferungsverbände reichen ihre Ansprüche auf Erstattung ihrer Auslagen für Wochenhilfe vierteljährlich denjenigen Stellen ein, welchen die Prüfung der festgesetzten Beträge für Ansprüche aus Kriegsleistungen obliegt. Diese Stellen prüfen die Erstattungsansprüche und erteilen alsdann Zahlungsanweisung. Die Belege sind den Lieferungsverbänden zurückzugeben, welche sie bis nach Beendigung der Prüfung durch den Rechnungshof des Deutschen Reichs aufbewahren.

§ 2.

Die prüfenden Stellen melden die verauslagten Beträge der Reichshauptkasse zur Erstattung an. Die Anmeldung ist unter Beifügung der Quittungen der Lieferungsverbände über den Empfang der von ihnen gezahlten Beträge für Wochenhilfe beim Reichsamt des Innern einzureichen.

Zahnfäule (Karies) als Krankheit; Pflicht der Kasse zur Gewährung von Zahnfüllungen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Februar 1917 (2341 Amtl. Nachr. 1917 S. 459).

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt ist gerechtfertigt, da die Revision nach § 1695 Nr. 2 RVO. ausgeschlossen wäre und es sich um die grundsätzliche Frage handelt, ob und wieweit den Krankenkassen bei der Gewährung von Zahnfüllungen ein Mitbestimmungsrecht über den Umfang der zahnärztlichen Tätigkeit zusteht. Nach § 11 der Krankenordnung der beklagten Kasse hat sich die Zahnbehandlung nur auf das notwendigste Maß — Nervtöten, Zahnziehen, Behandlung eines Zahngeschwürs und ähnliches — zu erstrecken. Dagegen ist die Zustimmung des Vorsitzenden einzuholen, wenn Zahnplomben, Zahnersatz und andere kostspielige Kieferbehandlungen in Frage kommen. Eine ähnliche Bestimmung enthält § 6 des von der Beklagten mit den Zahnärzten abgeschlossenen Vertrags. Ihre Ermächtigung zu dieser Einschränkung leitet die Kasse aus dem erwähnten Königl. Preuß. Ministerialerlasse vom 14. April 1915 her.*) Dort heißt es, daß einstweilen nichts dagegen einzuwenden sei, wenn eine Krankenkasse die Legung von Plomben beschränke oder von der zuvorigen Zustimmung ihres Vorstandes oder eines Vertrauensarztes abhängig mache, da es zweifelhaft sei, ob und inwieweit bei Zahn-

*) ArbVers. 1915 S. 345.

Digitized by Google

krankheiten das Plombieren zur ärztlichen Behandlung gehöre. Es müsse dem zahnkranken Kassenmitgliede, dem der Vorstand die Legung von Plomben verweigere, überlassen bleiben, seinen vermeintlichen Anspruch auf Bewilligung der Plomben gemäß §§ 1636 ff. RVO. im Spruchverfahren zu verfolgen. In der Entsch. 2134 (Amtl. Nachr. 1915 S. 814), in der sich das Reichsversicherungsamt schon mit der Bedeutung dieses Erlasses zu befassen hatte, ist ausgeführt, daß dabei wohl nur an die Stellungnahme des Kassenvorstandes zur Gewährung von Zahnfüllungen in Einzelfällen, nicht an eine allgemeine Regelung der Frage durch die Satzung gedacht sei. Wie der ausdrückliche Hinweis auf die Möglichkeit, eine Entscheidung im Spruchverfahren herbeizuführen, und das Wort „einstweilen" erkennen läßt, sollte den Krankenkassen offenbar nur eine vorläufige Belehrung zuteil werden, wie sie sich bei der Zweifelhaftigkeit der einschlagenden Rechtsfragen bis zu deren Klärung durch die Rechtsprechung zu verhalten hätten. In der Entsch. 2134 ist auch bereits ausgesprochen, daß eine Satzungsbestimmung, wonach die Kasse Zahnfüllungen nur dann bezahle, wenn vorher der Vorstand zugestimmt habe, unzulässig sei. Die Unzulässigkeit ist damit begründet worden, daß das Legen einer Zahnfüllung, soweit nicht etwa nur ein Schönheitsfehler, sondern ein krankhafter Zustand beseitigt werden solle, als ärztliche Behandlung anzusehen sei und nicht als Versorgung mit einem Heilmittel. Ärztliche Behandlung müsse die Kasse aber ohne Einschränkung gewähren, könne sie also nicht von der Zustimmung des Kassenvorstandes abhängig machen. Hieran war auch im vorliegenden Falle festzuhalten. Es fragt sich nur, ob die Karies der Zähne, um die es sich anscheinend hier handelt, stets als Krankheit im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO., die der ärztlichen Behandlung bedarf, zu gelten hat und bejahendenfalls, ob und unter welchen Voraussetzungen zur Beseitigung des krankhaften Zustandes neben dem Legen einer Zahnfüllung auch das Ausziehen des Zahnes als ausreichende ärztliche Hilfe in Betracht kommt, so daß es in das freie Ermessen des Kassenvorstandes gestellt werden könnte, welche Art der ärztlichen Behandlung er im Einzelfalle gewähren will. Wie das Kaiserliche Gesundheitsamt in seiner Äußerung dargelegt hat, besteht die Zahnkaries nach der herrschenden Annahme in einer Entkalkung der harten Zahngewebe durch Säuren, vornehmlich Gärungssäuren, die durch Zersetzung von Nahrungsresten in der Mundhöhle gebildet werden, und in einer Auflösung der organischen Bestandteile der Zähne durch Bakterienwirkung. Es entstehen Oberflächenverluste, aus denen sich durch die weitere Wirkung von chemischen Stoffen und Bakterien größere Höhlen bilden. Der Zerstörungsvorgang greift von der Oberfläche auf die inneren Teile, zunächst das Dentin, dann die Pulpa (das Zahnmark) über. Schließlich wird die Wurzelhaut, der Kiefer selbst und das Zahnfleisch ergriffen. Die Zahnkaries bildet die Hauptursache für die Entstehung von Pulpa- und Wurzelhautentzündungen. Die vielfach mit ihr verbundenen heftigen Schmerzen können bei längerem Anhalten eine nervöse Reizbarkeit hervorrufen. Schwere Folgeerscheinungen, wie Fistelbildungen, Entzündungen, Drüsenschwellungen, Eitersenkungen, können sich anschließen. Es kommen also nicht nur der Verlust des betreffenden Zahnes, sondern auch schwere Wirkungen auf den Gesamtgesundheitszustand, möglicherweise bis zur Lebensbedrohung, in Frage. Schon die zuerst eintretende Entkalkung und Auflösung der harten Zahngewebe ist eine wesentliche Änderung ihrer normalen Beschaffenheit, die auf den Gebrauch des Zahnes zurückwirkt. Es handelt sich also bereits in diesem Zeitpunkt nicht etwa nur um die Anlage zu einer Krankheit, sondern um eine bereits vorhandene Krankheit. Sie macht ärztliche Behandlung, auch wenn noch keine Schmerzen bestehen, erforderlich, weil die Zahnkaries mit Ausnahme seltener Fälle einer Art Selbstheilung ununterbrochen fortschreitet. Je früher die Behandlung einsetzt, desto leichter und kürzer ist sie und desto sicherer verhindert sie den Eintritt schwererer Folgen. Sie ist deshalb nicht nur eine vorbeugende Maßnahme. Ferner ist, wie das Kaiserliche Gesundheitsamt weiter ausgeführt hat, falls der Zahn durch Anbringen einer Zahnfüllung erhalten werden kann, im allgemeinen, d. h. abgesehen von besonders gearteten Fällen, lediglich diese Behandlung als sachgemäß anzusehen. Während man sich früher im allgemeinen leicht zum Zahnziehen entschlossen hat, ist in neuerer Zeit die Erkenntnis durchgedrungen, daß jeder einzelne Zahn für den Menschen von Wert ist und daher nicht ohne weiteres als entbehrlich angesehen werden kann. Der Verlust jedes Zahnes hat Änderungen in der Zahnstellung zur Folge, welche die Zerkleinerung der Nahrung beeinträchtigen. Überdies bleibt der Verlust eines Zahnes nicht ohne Rückwirkung auf den Gegenzahn im anderen Kiefer. Das unvollständige Zerkleinern der Speisen beeinflußt die Verdauung ungünstig und führt zu Magen- und Darmstörungen. Als Folgeerscheinungen können Unterernährung und Blutarmut eintreten. Es wird eine Empfänglichkeit zu Erkrankungen, darunter an Tuberkulose, geschaffen und das Überstehen von Krankheiten erschwert. Bei der vielfach vorhandenen Furcht vor dem Zahnziehen wird der Kranke im allgemeinen geneigt sein, die Behandlung durch den Zahnarzt länger hinauszuschieben, als wenn er erwarten darf, daß ihm eine Zahnfüllung gelegt wird. Hohle Zähne leisten aber der Ansiedlung und Wucherung von Krankheitskeimen, die bei vielen Infektionskrankheiten ihren Weg durch die Mund- und Rachenhöhle nehmen, besonderen Vorschub. Die wachsende Erkenntnis von der Wichtigkeit einer geordneten Zahnpflege hat zu

Digitized by Google

der bekannten umfassenden Fürsorge auf dem Gebiete der Zahnpflege in den Schulen und im Heere geführt. Von maßgebenden Stellen ist anerkannt worden, daß die Bekämpfung der Zahnkrankheiten zur Förderung der Volksgesundheit notwendig ist. Auch auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung hat man sich der Bedeutung der Frage nicht verschlossen, und es haben Versicherungsanstalten wie Krankenkassen bereits mehrfach besondere Einrichtungen für die Zahnpflege getroffen. Da nach der jetzt herrschenden Anschauung gerade auf die Erhaltung der Zähne besonderer Wert gelegt werden muß, können das Zahnfüllen und das Zahnziehen nicht mehr als gleichwertige Behandlungsarten der Zahnkaries angesehen werden. Deshalb sind auch die Einschränkungen, die man bisher vielfach in Literatur und Rechtsprechung bei der Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung von Zahnfüllungen gemacht hat, nicht länger aufrechtzuerhalten. Insbesondere geht es nicht an, die Gewährung von Zahnfüllungen davon abhängen zu lassen, daß dem Heilzweck nicht in billigerer Weise durch das Ausziehen der Zähne genügt werden kann, oder daß mit der Zahnkaries bereits eine erhebliche Störung des körperlichen Wohlbefindens verbunden ist oder besondere Gründe nachgewiesen werden, welche die Erhaltung der Zähne durch Füllungen wünschenswert erscheinen lassen, wie beispielsweise ein schwächlicher Körperzustand, das Vorhandensein einer Magen- oder Darmkrankheit, die durch die mangelhafte Kaufähigkeit ungünstig beeinflußt werden könnten. Die Zahnkaries ist selbst eine Krankheit, die der ärztlichen Behandlung bedarf. Allerdings haben die Krankenkassen nur die notwendige ärztliche Behandlung zu leisten. Als solche ist aber nach dem Dargelegten im allgemeinen lediglich das Legen von Zahnfüllungen zu betrachten, sofern nur der Zahn dadurch auf längere Zeit erhalten werden kann. Ob diese Voraussetzung im Einzelfalle zutrifft, wird im wesentlichen von dem nach pflichtmäßigem Ermessen abgegebenen Urteil des Sachverständigen abhängen. Der Krankenkasse bleibt es überlassen, wie sie sich von der Notwendigkeit der Gewährung einer Zahnfüllung überzeugen will. Insbesondere wird nichts dagegen einzuwenden sein, wenn sie sich von einem Vertrauensarzt bestätigen läßt, ob die erwähnte Voraussetzung gegeben ist. Nur kann ihr nicht ein freies Mitbestimmungsrecht, wie die beklagte Kasse es für sich beansprucht, zugebilligt werden in dem Sinne, daß sie nach ihrem Gutdünken entscheidet, ob sie die Kosten für die Zahnfüllung oder nur die billigeren Kosten für das Zahnziehen übernehmen will. Der Übernahme der Kosten der als notwendig erkannten ärztlichen Behandlung darf sich die Krankenkasse keinesfalls entziehen. Die von mancher Seite geäußerte Befürchtung, diese Kosten könnten bei weiterer Ausdehnung des Anspruchs auf Gewährung von Zahnfüllungen zu unverhältnismäßiger Höhe anschwellen, ja sogar den Zusammenbruch mancher Kasse herbeiführen, vermochte der Senat nicht zu teilen. Zunächst können die Versicherten die Füllung mit kostspieliger Füllmasse, sofern sie durch ebenso brauchbare billigere Masse sich ersetzen läßt, nicht beanspruchen. Auch wird sich durch ein vernünftiges Handinhandarbeiten der Kassen mit den Zahnärzten ein allzu hohes Emporschnellen der aufzuwendenden Beträge vermeiden lassen. Viele Kassen haben sich bei der Gewährung von Zahnfüllungen schon jetzt von ähnlichen Gesichtspunkten, wie sie hier entwickelt sind, leiten lassen, ohne durch die aufgewendeten Kosten allzu sehr belastet worden zu sein. Immerhin kommen nicht unerhebliche Summen in Betracht, zumal sich in immer weiteren Kreisen der Versicherten die Erkenntnis Bahn brechen wird, daß sie gut tun, rechtzeitig für die Erhaltung der Zähne Sorge zu tragen. Die Krankenkassen können sich aber der Verpflichtung nicht entziehen, ihre Mittel dafür zur Verfügung zu stellen, daß die weitverbreitete Karies der Zähne mit ihren möglichen ernsten Folgeerscheinungen durch die im allgemeinen allein sachgemäße Behandlung — das Anbringen von Zahnfüllungen — energisch bekämpft und damit im Interesse der Erhaltung der Volksgesundheit ein wichtiger Schritt getan wird. Mit Recht weist auch das Kaiserliche Gesundheitsamt darauf hin, daß es fraglich ist, ob es für die Krankenkassen auf die Dauer nicht vorteilhafter sein wird, kranke Zähne baldigst füllen zu lassen, als durch das an sich billigere Ziehen der Zähne die Möglichkeit zu schaffen, daß infolge des unzureichenden Zerkleinerns der Speisen Verdauungsstörungen mit den geschilderten Folgeerscheinungen auftreten und Leistungen der Kasse in anderer Richtung notwendig machen. Auch darf angenommen werden, daß die zunehmende umfangreiche Fürsorge für Zahnpflege auf eine Eindämmung der Zahnkaries hinwirken wird.

Über die bisherige Stellungnahme von Literatur und Rechtsprechung zu der Frage zu vergleichen insbesondere Hahn, Handb. der Krankenversf. Anm. 4c zu § 182 RVO., Hoffmann, Anm. 5 zu § 182, ferner Hoffmann in „Betriebskrankenkasse" 1915 S. 206, Entsch. des Königl. Landgerichts I Berlin vom 9. Mai 1895 (ArbVers. 1895 S. 422), Entsch. des Magistrats zu Frankfurt a. M. vom 21. April 1896 (ArbVers. 1896 S. 358), Entsch. des Königl. Amtsgerichts I Berlin vom 8. Dezember 1896 (ArbVers. 1897 S. 296), Entsch. des Rats zu Dresden vom 30. Juni 1898 (ArbVers. 1899 S. 452), Entsch. des Königl. Württ. Verwaltungsgerichtshofs vom 15. November 1905 (ArbVers. 1906 S. 74), Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 12. März 1907 (ArbVers. 1908 S. 32) und Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 12. Oktober 1907 (ArbVers. 1908 S. 76).

Digitized by Google

Streit über das Versicherungsverhältnis im Beitragsverteilungsverfahren nach § 396 Abs. 2 RVO. — Waschfrau als unständig Beschäftigte.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 3. Februar 1917 (2337 Amtl. Nachr. 1917 S. 445).

Zunächst war zu prüfen, ob im Rahmen eines Beitragsverteilungsverfahrens nach § 396 Abs. 2 RVO. gleichzeitig über das im Laufe des Verfahrens streitig gewordene, zugrunde liegende Versicherungsverhältnis mit entschieden werden darf. Diese Frage mußte verneint werden. Das in § 396 Abs. 2 vorgesehene Verfahren betrifft lediglich die Verteilung von Beiträgen unter mehrere Arbeitgeber. Es setzt nach Abs. 1 voraus, daß ein Versicherter gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen steht. Wird während des Verfahrens nachträglich von einem der Beteiligten bestritten, daß diese Voraussetzung erfüllt ist, indem die Versicherungspflicht überhaupt bestritten oder — wie hier — behauptet wird, es liege nur eine unständige Beschäftigung vor, so handelt es sich um einen Streit über das Versicherungsverhältnis. Über diesen hat nach § 405 Abs. 2 grundsätzlich der Beschlußausschuß des Versicherungsamts zu entscheiden, während die Beitragsverteilung gemäß § 396 Abs. 2 von dem Versicherungsamt, also von dem Vorsitzenden ohne Mitwirkung der Versicherungsvertreter vorgenommen wird (§ 1781 RVO.). Die gleichen Erwägungen, die in der Entsch. 2055 (Amtl. Nachr. 1915 S. 592) zu dem Rechtsgrundsatze geführt haben, daß in dem Verfahren über einen Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 418 Abs. 3 für eine gleichzeitige Entscheidung über die Versicherungspflicht des zu Befreienden kein Raum ist, greifen deshalb auch hier Platz und verbieten die Erledigung des Streites über das Versicherungsverhältnis im Rahmen des Beitragsverteilungsverfahrens. Vielmehr muß, sobald ein solcher Streit entsteht, bis zu seiner rechtskräftigen Erledigung das Verteilungsverfahren ausgesetzt werden. Wenn im vorliegenden Falle das Oberversicherungsamt nicht das Verfahren über die Beschwerde der beiden Arbeitgeber ausgesetzt, sondern unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung die Sache an das Versicherungsamt zurückverwiesen hat, so wäre an sich seine Entscheidung vom 22. Januar 1916, in der dies ausgesprochen ist, aufzuheben. Hiervon konnte aber abgesehen werden, da das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) inzwischen eine neue, auch den Erfordernissen des § 405 Abs. 2 entsprechende Entscheidung getroffen und darin zu der streitigen Frage des Versicherungsverhältnisses Stellung genommen hat, so daß für das Verfahren nach § 405 Abs. 2 nunmehr der Rechtsmittelweg eröffnet war.

In der Sache selbst kommt es darauf an, ob die Waschfrau F. nach der Art ihrer Beschäftigung als versicherungspflichtige Arbeiterin nach § 165 Abs. 1 Nr. 1 RVO. oder als unständig Beschäftigte im Sinne des § 441 zu gelten hatte. Letzteres ist dann der Fall, wenn die Beschäftigung „auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist". Unter „Beschäftigung" ist hier das Beschäftigungsverhältnis zu verstehen (zu vgl. Entsch. 1933 und 2046, Amtl. Nachr. 1914 S. 813, 1915 S. 579 ff., insbesondere S. 582). Unständig ist eine Beschäftigung dann nicht, wenn das Beschäftigungsverhältnis nach dem Willen der Parteien sich über den Zeitraum von einer Woche hinaus erstreckt, mag auch die einzelne Arbeitsleistung eine kürzere Zeit in Anspruch nehmen. Ein ständiges Beschäftigungsverhältnis ist also sehr wohl auch in Fällen denkbar, wo nur periodisch wiederkehrende Arbeitsleistungen in Betracht kommen. Das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses setzt aber die Fortdauer der Verfügungsmacht des Arbeitgebers über den Arbeitnehmer voraus. Unterbrechungen der Arbeit von nicht allzu langer Dauer stehen der Annahme eines laufenden Beschäftigungsverhältnisses dann nicht entgegen, wenn der Arbeitnehmer ständig zur Verfügung des Arbeitgebers steht, sei es, daß er laufend nachfragen muß, ob Arbeit vorhanden ist, oder daß er auf Anruf sich jederzeit zur Arbeit einzufinden hat (zu vgl. Hoffmann, Kommentar Anm. 4 zu § 441; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 441 und die dort angeführte Literatur). Auch wenn im voraus bestimmte einzelne Tage für die Beschäftigung in Aussicht genommen sind, kann ein einheitliches Beschäftigungsverhältnis vorliegen; denn dann hält sich der Beschäftigte an diesen Tagen zur Verfügung. Das ist in der Entsch. 2046 (Amtl. Nachr. 1915 S. 579) bei selbständigen Musiklehrern und -lehrerinnen, die nicht Inhaber von Lehranstalten sind, angenommen worden, weil sie ein Beschäftigungsverhältnis auf unbestimmte Zeit oder doch auf längere Zeit als eine Woche einzugehen pflegen, während die Beschäftigung selbst nur an einzelnen bestimmten Tagen der Woche stattfindet. Von einer fortdauernden Verfügungsmacht kann indessen dann nicht mehr die Rede sein, wenn zwar eine Wiederholung der Beschäftigung ins Auge gefaßt ist, der Arbeitnehmer sich aber nicht zur Verfügung zu halten braucht, sondern jedesmal bei ihm angefragt wird, ob er zur Arbeit erscheinen kann. So liegt die Sache im vorliegenden Falle. Nach den eigenen Angaben der Waschfrau F. bei der Vernehmung vom 26. Oktober 1916, die mit den Ausführungen des Beschwerdeführers H. im allgemeinen übereinstimmen, fand die Wäsche bei den verschiedenen Arbeitgebern im Durchschnitt alle vier oder fünf Wochen statt. Sie dauerte jedesmal 1½ bis 2 Tage. Die Tage waren jedoch nicht im voraus bestimmt, sondern die Waschfrau wurde in jedem Falle, wenn gewaschen werden sollte, durch Karte zu den Waschtagen bestellt. War sie verhindert, so wurde hier und da versucht, die

Digitized by Google

Waschtage zu verlegen; sonst wurde eine andere Waschfrau herangezogen. Bei Abreden, die beide Vertragsteile so wenig binden, kann eine ständige, die einzelnen Arbeitsleistungen umfassende Arbeitsverbindung nicht mehr angenommen werden. Wie der Arbeitnehmer der einzelnen Aufforderung zum Antritt der Beschäftigung nur nachkommt, wenn er nicht bereits andere Arbeit angenommen hat, so kann er auch nicht von dem Arbeitgeber erwarten, daß dieser jedesmal auf ihn zurückgreift. Liegen die Verhältnisse so, dann muß davon ausgegangen werden, daß sich das Beschäftigungsverhältnis in jeder einzelnen wiederkehrenden Beschäftigung, die sich als eine in sich abgeschlossene Arbeitsleistung darstellt, erschöpft. Da nach der Menge der Wäsche in dem einzelnen Haushalt mit einer Erstreckung der Arbeit auf einen Zeitraum von mehr als einer Woche nicht zu rechnen ist, handelt es sich hier um eine Beschäftigung, die nach der Natur der Sache auf weniger als eine Woche beschränkt zu sein pflegt. Die Voraussetzung des § 441 ist also gegeben. Liegt hiernach eine unständige Beschäftigung vor, so kommt eine Verteilung der Beiträge unter die Arbeitgeber nicht mehr in Betracht. Die Entscheidung des Versicherungsamts war deshalb aufzuheben.

Dienstsiegel der Vollstreckungsbeamten der Krankenkassen.

Bescheid des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 4. Juli 1917 (HMBl. S. 206).

Der zum Vollstreckungsbeamten bestellte Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse ist zur Führung eines Dienstsiegels mit dem preußischen Adler nicht berechtigt. Eine Regelung der Siegelführung der auf Grund des § 4 der Verordnung vom 15. November 1899, betreffend das Verwaltungszwangsverfahren wegen Beitreibung von Geldbeträgen (GSS. 845), zu Vollstreckungsbeamten bestellten Beamten der Ortskrankenkassen ist von mir auch nicht in Aussicht genommen. Ich habe aber nichts dagegen einzuwenden, wenn der bezeichnete Beamte ein Dienstsiegel führt mit der Aufschrift „Der Vollstreckungsbeamte" und der Umschrift des Namens der Kasse, wie es in ähnlicher Weise für die Ausgabestellen für Quittungskarten durch meinen Erlaß vom 30. April 1914 (HMBl. S. 212) vorgeschrieben worden ist.

Anmerkung: Im Sinne dieses Erlasses haben wir uns bereits im Heft 18 S. 430 Ziff. 1 („nach Fr.") geäußert.

D. Zur Unfallversicherung.

Übertritt eines Privatdampfers in den Betrieb der Marineverwaltung durch Unterstellung unter deren Kommandogewalt.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Mai 1917.

Der Dampfer Elbing IX von der Reederei Sch. lag nach einer Fahrt von Stettin mit einer Ladung Kohlen am 17. November 1914 früh vor dem Memeler Nordmolenkopf und wartete, da das Einlaufen während der Nacht verboten war, den Tag ab. Gegen 7 Uhr morgens erhielt er durch einen Lotsendampfer von dem Marinekommandanten in Memel den Befehl, mit forcierter Fahrt im Kielwasser des Lotsendampfers zu folgen; weitere Befehle solle er 35 Seemeilen westlich von Memel vom Kreuzer „Friedrich Karl" erhalten. Es handelte sich darum, dem in Seenot geratenen Kreuzer zu helfen. Der Dampfer befolgte diesen Befehl. Auf der vorgeschriebenen Fahrt wurde er (durch Mine oder Torpedo) zum Sinken gebracht. Während die übrige Besatzung sich retten konnte, ist der 2. Maschinist W. hierbei ertrunken.

Die See-Berufsgenossenschaft hat zunächst die Ansprüche der hinterbliebenen Witwe abgewiesen, weil sich der Unfall nicht in einem bei ihr versicherten Betriebe ereignet habe. Die Witwe legte Berufung ein. Während des Berufungsverfahrens wurde zwischen der See-Berufsgenossenschaft und dem Reichsmarinefiskus Einigkeit darüber erzielt, daß es sich um einen nach den Vorschriften der RVO. zu entschädigenden Unfall handle; streitig blieb allein, welcher Versicherungsträger die Entschädigung zu leisten habe. Die See-Berufsgenossenschaft hat demzufolge, während sie die vorläufige Fürsorge für die Witwe übernahm, bei dem Reichsversicherungsamt gemäß § 1736 RVO. beantragt, den Reichsmarinefiskus für entschädigungspflichtig zu erklären. Der Reichsmarinefiskus vertrat den Standpunkt, daß die See-Berufsgenossenschaft zur Entschädigung verpflichtet sei.

Das Reichsversicherungsamt hat den Fiskus für entschädigungspflichtig erklärt aus folgenden Gründen:

Wie das Reichsversicherungsamt bereits unter der Herrschaft der gleichen Bestimmungen der früheren Unfallversicherungsgesetze ausgesprochen hat, ist das Streitverfahren mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungspflicht auch dann noch zulässig, wenn der eine der beteiligten Versicherungsträger den Entschädigungsanspruch des Berechtigten bereits abgelehnt hat (zu vgl. Rekursentsch. 1884, Amtl. Nachr. 1901 S. 601). Daraus, daß die See-Berufsgenossenschaft der Witwe W. bereits einen ablehnenden Bescheid und Endbescheid erteilt hat, ist daher ein Grund gegen die Zulässigkeit des Verfahrens nach den §§ 1735 ff. RVO. nicht herzuleiten.

Demgemäß hatte das Reichsversicherungsamt zu prüfen, bei welchem Betriebe W. den tödlichen Unfall erlitten hat. Unzweifelhaft gehörte W. bis zu dem Augenblick, in dem der Befehl des Marinekommandanten in Memel den Dampfer Elbing IX erreichte, dem Seeschiffahrtsbetriebe der Firma Sch. an, in dem

Digitized by Google

er als 2. Maschinist angestellt und beschäftigt war. Es fragt sich indes, ob er, indem er sowie die gesamte Besatzung des Dampfers unter den Befehl des Marinekommandanten traten, in einen fremden Betrieb übergetreten ist, dessen Versicherung von dem Reiche (Reichsmarinefiskus) getragen wird. Als solcher kann, da ein einzelner, genau umgrenzter Betrieb der Marineverwaltung, dem die vorübergehende Hilfeleistung der Besatzung des Dampfers Elbing IX angegliedert werden könnte, nicht ersichtlich ist, nur der gesamte Marinebetrieb des Reichs in Frage kommen. Nach § 537 Abs. 1 Nr. 5 RVO. unterliegen der Versicherung „der gesamte Betrieb der Eisenbahnen und der Post- und Telegraphenverwaltungen sowie die Betriebe der Marine und Heeresverwaltungen". Bei diesem Wortlaute des Gesetzes hat es zunächst den Anschein, als käme für die Versicherung der Marine- und Heeresverwaltung nicht je ein einheitlicher Gesamtbetrieb in Frage, sondern nur die in den bezeichneten Verwaltungen vorhandenen Einzelbetriebe der verschiedensten Art. Nach dieser Auffassung wäre jede Tätigkeit bei der Heeres- oder Marineverwaltung hinsichtlich der Frage, ob sie der Versicherung unterliege, zunächst daraufhin zu prüfen, ob sie einem bestimmten Einzelbetriebe zugerechnet werden kann, und würde sie, falls diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, nicht als versichert gelten. Das war in der Tat die Auffassung, die das Reichsversicherungsamt bei der Auslegung des im wesentlichen gleichlautenden § 1 Abs. 1 Nr. 3 GewUnfVersGes. vertreten hat. Dieser Ansicht hat sich der erkennende Senat bei der Auslegung des § 537 Abs. 1 Nr. 5 RVO. aber nicht angeschlossen. Sie führt — insbesondere während des Krieges, in dem vielfach Arbeiten von der Heeresverwaltung ausgeführt werden, die des versicherungsrechtlichen Schutzes bedürfen, die sich aber (zumal im besetzten Auslande) nicht einem versicherten Einzelbetriebe angliedern lassen — zu unzulänglichen Ergebnissen, die über den Zweck, den der Gesetzgeber mit dem einschränkenden Wortlaute des § 537 Abs. 1 Nr. 5 RVO. (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 GewUnfVersGes.) verband, weit hinausgehen würden. Wie die Begründung des Entwurfs eines Gesetzes über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung ergibt, spricht das Gesetz im Gegensatze zu dem gesamten Betriebe der Eisenbahnen usw. lediglich um deswillen nicht von dem „gesamten Betriebe" der Heeres- und Marineverwaltungen, weil die Kriegführung sowie die Ausbildung der im Dienst befindlichen Soldaten nicht für die Versicherung in Frage kommt (Drucksache des Reichstags 1884/85 Nr. 77 S. 8). Lediglich um dieser Einschränkung willen ist von „den Betrieben" der Heeres- und Marineverwaltungen die Rede. Danach liegt kein Anlaß vor, Tätigkeiten, die nicht gerade einem bestimmten Einzelbetriebe dieser Verwaltungen zugerechnet werden können, aus der Versicherung auszuscheiden. Vielmehr steht nach dem Zwecke der Vorschrift nichts mehr im Wege, den gesamten technischen Heeresbetrieb sowie den gesamten technischen Marinebetrieb einheitlich als versichert anzusehen. (Übereinstimmend Rabeling, „Unfallversicherung im besetzten Feindesland" in der Monatsschrift f. Arb. u. AngestVers. 1915 Sp. 545 ff., insbesondere Sp. 543.) Wegen dieser von der früheren Auslegung abweichenden Rechtsauffassung des Senats die Sache an den großen Senat zu verweisen, lag kein Anlaß vor, da etwaige entgegenstehende Senatsentscheidungen unter dem jetzigen Rechte nicht ergangen und unter dem früheren Rechte jedenfalls nicht veröffentlicht worden sind (zu vgl. § 1717 in Verbindung mit § 1716 Abs. 3 RVO.).

Der Senat hat nun angenommen, daß der Maschinist W. zur Zeit des tödlichen Unfalles in dem Betriebe der Marineverwaltung beschäftigt war. Zwar löst sich die Besatzung eines Schiffes dadurch, daß sie einem anderen, in Seenot befindlichen Fahrzeuge zu Hilfe kommt, im allgemeinen nicht von dem Betriebe los, in dem sie angestellt ist, vielmehr ist die Versicherung durch § 1057 RVO. ausdrücklich auf „Dienstleistungen Versicherter bei Retten oder Bergen von Menschen oder Sachen" erstreckt worden. Es kann daher auch nicht etwa davon gesprochen werden, daß die rettende Besatzung bei ihrer Hilfeleistung in den Betrieb des Schiffes übertritt, dem diese Hilfe zuteil wird. Im vorliegenden Falle aber ist die Annahme des Übertritts der Besatzung in den Marinebetrieb von einem anderen Gesichtspunkte aus gerechtfertigt. Der Dampfer Elbing IX erhielt von dem Marinekommandanten den Befehl, dem Lotsendampfer unverzüglich zu folgen und weitere Befehle von dem Kreuzer Friedrich Karl entgegenzunehmen. Dieser Befehl, der als an die gesamte Besatzung gerichtet angesehen werden muß, zwang die Besatzung, einerlei auf welche Rechtsgrundlage er sich stützte, ohne weiteres zum Gehorsam und unterstellte sie der Kommandogewalt der Marine. Dem Eigentümer des Dampfers war von diesem Augenblicke an die Verfügung über Schiff und Besatzung entzogen, und die Verfügung war durch die Kraft der Tatsachen nunmehr auf die Marine übergegangen. Der Betrieb des Schiffes bildete daher von nun an einen Teil des Marinebetriebes, dem somit wie die übrige Besatzung auch der verstorbene Maschinist W. als beschäftigte Person angehörte. Hieraus ergibt sich, daß der Unfall sich bei dem Betriebe der Marine ereignet hat. Da der Verstorbene nicht Militärperson, mithin nicht nach § 554 Abs. 1 Nr. 2 RVO. versicherungsfrei war, so hat das Reich (Reichsmarinefiskus) als zuständiger Versicherungsträger die hinterbliebene Witwe nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu entschädigen.

Digitized by Google

E. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Behandlung einer unzulässigen Revision als Antrag auf mündliche Verhandlung.

Entscheidung des **sächs. Landesversicherungsamts** vom 17. März 1917 (7. I/L).

Der Ehemann der Klägerin ist am 24. Oktober 1914 im Kriege gefallen. Die Klägerin hat am 4. Juli 1916 den Antrag gestellt, ihr Witwenrente zu gewähren, diesen Antrag aber, nachdem durch ärztliches Zeugnis festgestellt worden war, daß sie nicht invalide im Sinne des Gesetzes sei, wieder zurückgezogen und am 13. Oktober 1916 den Antrag gestellt, ihr Witwengeld zu bewilligen. Die Versicherungsanstalt hat den Antrag abgelehnt, weil der Anspruch mit dem Ablauf des ersten Jahres seit dem Tode des Mannes der Klägerin verfallen sei. Die Berufung der Klägerin hat der Vorsitzende der Spruchkammer des Oberversicherungsamts durch Vorentscheidung vom 5. Januar 1917 aus dem Grunde des angefochtenen Bescheides mit dem Hinweise zurückgewiesen, daß gegen seine Entscheidung innerhalb eines Monats nach ihrer Zustellung Revision an das Landesversicherungsamt oder Antrag auf mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer des Oberversicherungsamts zulässig sei. Die Klägerin hat in einer bei der Landesversicherungsanstalt am 16. Januar 1917 eingegangenen Zuschrift erklärt, daß sie gegen die Vorentscheidung Revision einlege und zur Begründung hinzugefügt, sie sei in der Zeit vom Juni 1914 bis März 1915 so schwer krank gewesen, daß sie sich um nichts habe kümmern können, würde sich aber, wenn ihr bekannt gewesen wäre, daß sie die einjährige Frist einzuhalten habe, mit der Geltendmachung ihres Anspruchs beeilt haben. Die Beklagte hat beantragt, die Revision als unzulässig zu verwerfen.

Der Spruchsenat des Landesversicherungsamts entschied: „Die Sache wird zur weiteren Behandlung der Eingabe der Klägerin an das Oberversicherungsamt abgegeben."

Die Revision ist unzulässig. § 1696 Nr. 3 RVO. schließt sie aus, wenn es sich, wie im vorliegenden Falle, um das Witwengeld (§§ 1250, 1252, 1264, 1296 RVO.) handelt. Der gemäß § 1697 verbunden mit § 1658 Abs. 1 RVO. der angefochtenen Vorentscheidung angefügte Hinweis auf die der Klägerin zustehenden Rechtsbehelfe enthält also eine falsche Belehrung. Er hätte nach § 1692 Abs. 2 a. a. O. dahin gehen müssen, daß nur der Antrag auf mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer binnen Monatsfrist zulässig sei. Zufolge der unrichtigen Belehrung hat die Klägerin erklärt, daß sie sich zur Abänderung der ihrem Berufungsantrage nicht entsprechenden Entscheidung des Rechtsmittels der Revision bediene. Das RVA. sowohl wie das LVA. sind in ständiger Rechtsprechung (zu vgl. u. a. Beschluß des RVA. vom 18. August 1914 in Entsch. und Mitt. Bd. 2 S. 381 flg. Nr. 187 und des LVA. vom 20. Dezember 1913 in Grundsätzl. Entsch. Bd. 1 S. 108 Nr. 17 = Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 2 S. 382 flg. Nr. 188) davon ausgegangen, daß bei den Eingaben des Versicherten nicht die Bezeichnung des Rechtsbehelfs, sondern der Wille des Versicherten und der daraus sich ergebende Zweck seines Schreibens ausschlaggebend sein sollen und dies von Fall zu Fall zu erörtern sowie weiter zu prüfen ist, auf welchem Wege der gewollte Zweck in geeigneter Weise zu verwirklichen ist. Maßgebend ist deshalb im vorliegenden Falle, daß die Klägerin eine anderweite Entscheidung über ihren Witwengeldanspruch nach nochmaliger Prüfung durch die zuständige Behörde fordert, und daß diese Prüfung und Entscheidung im Mangel der Zulässigkeit eines weiteren Rechtsmittels lediglich auf dem Wege der mündlichen Verhandlung vor der Spruchkammer erreicht werden können. Ihre Eingabe ist deshalb als Antrag auf Anberaumung eines Termins zu solcher Verhandlung (§ 1697 Abs. 1 vergl. mit § 1658 Abs. 1 RVO.) anzusehen und demgemäß die Sache zur weiteren Behandlung der Eingabe vom 11. Januar 1917 an das OVA. abzugeben.

F. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Angestelltenversicherung während des Krieges.

Vom 2. August 1917 (RGBl. S. 680).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Die §§ 1 bis 6 der Bekanntmachung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 531) werden auf Versicherte erstreckt, die im gegenwärtigen Kriege außer dem Deutschen Reiche oder der österreichisch-ungarischen Monarchie einem anderen mit dem Deutschen Reiche verbündeten oder befreundeten Staate Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben.

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Anmerkung: Die Bekanntmachung vom 26. August 1916, auf die sich diese Verordnung bezieht, ist in ArbVers. 1916 S. 643 abgedruckt. Zu vgl. hierzu: Merkbl. der Reichsversicherungsanstalt das. S. 741 und Brunn das. S. 745 ff.

Digitized by Google

Versicherungspflicht eines preuß. Gerichtsassessors als Leiter einer öffentlichen Rechtsauskunftsstelle.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 10. Januar 1917 (P. 293/16).

Zunächst erscheint nicht zweifelhaft, daß die Gerichtsassessoren S. und F. als Leiter der Rechtsauskunftsstelle Angestellte des Vereins für öffentliche Rechtsauskunft waren, da sie zu diesem in einem persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis standen. Denn sie waren hinsichtlich der Geschäftsführung und der Einhaltung der Dienststunden an die von dem Vereinsvorstand gegebenen Anordnungen gebunden und bezogen einen Entgelt, auf den ihnen ein klagbarer Anspruch zustand. Hiermit ist die Tatsache, daß sie gleichzeitig Staatsbeamte waren und der Disziplinargewalt der Justizverwaltung unterlagen, sehr wohl vereinbar. Auch der Umstand, daß der ihnen gewährte Urlaub jederzeit widerruflich war und sie alsdann vor Ablauf der vereinbarten Zeit aus ihrer Stellung ausscheiden mußten, schließt die Annahme eines Anstellungsverhältnisses zu dem genannten Verein keineswegs aus, sondern bildet lediglich eine Besonderheit desselben. Der abweichenden Auffassung von F. in der „Gemeinnützigen Rechtsauskunft" (Jahrgang I, S. 71 ff.), die sich auf die eben zurückgewiesenen Gründe stützt, kann somit nicht beigetreten werden. Aus den §§ 9, 10 des Versicherungsgesetzes für Angestellte kann die Versicherungsfreiheit gleichfalls nicht hergeleitet werden, da weder der Nachweis geführt ist, daß die in § 9 bezeichneten Anwartschaften gewährleistet sind, noch daß die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 1, 2 vorliegen. Im Gegenteil hat der preußische Justizminister, die zur Entscheidung hierüber zuständige Stelle, hinsichtlich des Gerichtsassessors S. die Unanwendbarkeit der bezeichneten Vorschriften festgestellt. Hinsichtlich des Gerichtsassessors F. ist eine Entscheidung des Justizministers anscheinend nicht herbeigeführt worden. Aus den Angaben der Beschwerdeführer erhellt, daß bezüglich seiner Person die in Betracht kommenden Umstände genau gleich lagen wie bei S.

Die Frage, ob die Tätigkeit der Gerichtsassessoren S. und F. als Leiter der Rechtsauskunftsstelle versicherungspflichtig sei, hängt somit nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte lediglich davon ab, ob diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildete. Dies ist zu bejahen. Zunächst kann nicht zweifelhaft sein, daß im Hinblick auf die Verpflichtung, täglich 7 Dienststunden einzuhalten und außerdem noch häusliche schriftliche Arbeiten zu erledigen, die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit von gleicher oder größerer Bedeutung ausgeschlossen war. Unstreitig ist auch in der fraglichen Zeit keine sonstige Erwerbstätigkeit vorgenommen worden. Bei einer so starken Inanspruchnahme der Arbeitskraft und Arbeitszeit durch die Leitung der Rechtsauskunftsstelle würde diese auch dann den Hauptberuf darstellen, wenn der Lebensunterhalt zum größeren Teile aus Vermögenszinsen oder sonstigen Mitteln bestritten würde, was übrigens bezüglich des Gerichtsassessors S. nicht behauptet, bezüglich des Gerichtsassessors F. ausdrücklich verneint worden ist. Die Beschwerdeführer behaupten jedoch, daß diese Tätigkeit der beiden Gerichtsassessoren trotzdem nicht als ihr Hauptberuf betrachtet werden könne, weil sie lediglich ihrer weiteren Fortbildung für ihren künftigen Richterberuf gedient habe. Sie berufen sich für ihre Auffassung auf die allgemeine Verfügung des Justizministers vom 29. Mai 1912, wonach die Beurlaubung von Gerichtsassessoren zur Mitwirkung bei Rechtsauskunftsstellen gestattet und empfohlen werde, um ihren Blick für die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse zu schärfen; bei bestimmungsgemäßer Verwendung des Urlaubs werde er auf das Dienstalter angerechnet. Die Beurlaubung erfolge also im staatlichen Interesse und stehe im engsten Zusammenhang mit der Beamtenstellung der Beurlaubten, die auch für ihre gesellschaftliche Stellung allein von Bedeutung sei. Diese Ansicht, die auch von Lindemann (Jur. Wochenschr. 1915 S. 1240) hinsichtlich der zu ihrer Fortbildung bei einem Rechtsanwalt beschäftigten Gerichtsassessoren vertreten wird, erscheint nicht zutreffend. Zunächst kann der Grund, aus dem die Justizverwaltung Gerichtsassessoren zur Beschäftigung bei einer Rechtsauskunftsstelle, einer Großbank, einem industriellen Unternehmen, einer Handelskammer oder sonstigen Anstalt beurlaubt, ihrer dortigen Tätigkeit schon deshalb nicht das Gepräge geben, weil die Absichten der den Urlaub Nachsuchenden vielfach andere sein werden, als die ihrer vorgesetzten Behörde. Neben der häufig vorliegenden Notwendigkeit, sich während des Wartens auf Anstellung einen Verdienst zu erwerben, wird vielfach auch der Wunsch obwalten, auf diese Weise außerhalb des Staatsdienstes, im Bankwesen, in der Industrie, bei politischen oder wirtschaftlichen Verbänden, im Gemeindedienst usw., Anstellung zu finden oder hierfür Kenntnisse zu sammeln. Auch wenn diese Absicht nicht schon von vornherein bestanden hat, kann sich der Übertritt in einen anderen Beruf später infolge der darin ausgeübten Tätigkeit ergeben, während andererseits das ursprüngliche Ziel des Urlaubs nachträglich aufgegeben und die Erlangung einer staatlichen Anstellung vorgezogen werden kann. Es geht aber auch nicht an, etwa den Willen der Beurlaubten für maßgebend zu erachten. Von solchen inneren Vorgängen, die mit Sicherheit nicht festzustellen oder gar vorauszusehen sind, kann die versicherungsrechtliche Beurteilung einer Tätigkeit nicht abhängig gemacht werden. Hierfür muß vielmehr entscheidend sein, wem das Ergebnis der Tätigkeit unmittelbar zugute kam und zugute kommen sollte; das ist aber der jeweilige

Digitized by Google

Arbeitgeber, hier also der Verein für öffentliche Rechtsauskunft. Es ist daher verfehlt, wenn die Beschwerdeführer daraus, daß die Assessoren im Interesse ihrer Fortbildung beurlaubt worden sind, folgern zu können glauben, daß ihre Tätigkeit bei der Rechtsauskunftsstelle „nur eine besondere Form der Tätigkeit für den Staat darstelle". Wäre das richtig, so wäre die Versicherungsfreiheit aus § 10 Abs. 1 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gegeben, was der Justizminister mit Recht verneint hat. Es ist auch nicht richtig, daß Gerichtsassessoren, solange sie sich im Beamtenverhältnis befinden, überhaupt keinen anderen Hauptberuf haben können; das mag für solche Assessoren gelten, welche im Justizdienst tatsächlich beschäftigt werden, trifft aber nicht für diejenigen zu, welche beurlaubt sind. Endlich ist auch nicht richtig, daß die Beamteneigenschaft der Gerichtsassessoren für ihre gesellschaftliche Stellung ausschlaggebend sei; hierfür ist vielmehr lediglich bestimmend, daß sie durch ihre Ausbildung den Titel eines Gerichtsassessors erlangt haben, eine diesem Stande entsprechende Tätigkeit ausüben und über die Mittel zu einer standesgemäßen Lebensführung verfügen. Die Frage, ob sie sich noch im Beamtenverhältnis befinden oder aus dem Staatsdienst ausgeschieden sind, ist dagegen für ihre Zuweisung zu einer bestimmten Gesellschaftsklasse nur von nebensächlichem Belang. Die Gerichtsassessoren S. und F. unterlagen somit der Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Es kann zugegeben werden, daß dieses Ergebnis, wie Lindemann (Deutsche Juristenzeitung 1915 Sp. 959) betont, um deswillen nicht befriedigend erscheint, weil viele der hiernach versicherungspflichtigen Assessoren schon nach verhältnismäßig kurzer Zeit wieder aus der Versicherungspflicht ausscheiden, ohne die Wartezeit erfüllt zu haben, und daher von ihrer Beitragsleistung keinen Vorteil haben werden. Indessen kann diese Erwägung bei dem klaren Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift zu keiner anderen Entscheidung führen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Strömungen und Gegenströmungen im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten

behandelt ein Aufsatz des Professors Blaschko in Nr. 14 der Halbmonatsschr. f. soz. Hygiene u. prakt. Medizin. Er legt insbesondere die verhältnismäßig geringe Wirksamkeit der Maßnahmen zur Überwachung der Prostitution, der Anzeigepflicht und des Behandlungszwanges dar und schließt mit folgenden Ausführungen: „Alle diese scheindemokratischen Forderungen würden in der Praxis zu einer unerträglichen Belästigung der Bevölkerung führen, ohne irgendwelchen greifbaren Nutzen zu schaffen. Der chronische und versteckte Charakter der Geschlechtskrankheiten bedingt eben, daß man die Erfahrungen, die man bei der Bekämpfung anderer Volksseuchen gewonnen hat, nicht schematisch auf die Geschlechtskrankheiten übertragen kann. Hier heißt es ganz anders vorgehen. Neben umfassenden sozialen Reformen, die auf der Frauenseite das Angebot von Prostitution, auf der Männerseite die Nachfrage nach außerehelichem Geschlechtsverkehr einschränken, ist vor allem erforderlich, eine umfassende und systematische Aufklärung der Kranken sowohl wie der Gesunden, wie sie durch die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten seit längerer Zeit in großem Maßstabe betrieben wird. Das wirksamste Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten ist und bleibt die Vervollkommnung und Erleichterung der Behandlung. Hier wird ja jetzt in Deutschland mustergültiges geleistet. Für 20 Millionen Menschen, d. h. den größten Teil der erwachsenen Bevölkerung, sorgen die Krankenkassen in vorbildlicher Weise. Die einzige Lücke, die bis jetzt noch besteht — die fortlaufende ärztliche Kontrolle der anscheinend Geheilten, aber in Wirklichkeit noch Ansteckungs- und Behandlungsbedürftigen, — soll ja jetzt durch die vereinten Bemühungen der Krankenkassen und Versicherungsanstalten ausgefüllt werden. Überall im Reiche sind Beratungsstellen geschaffen, die diese fortlaufende Kontrolle übernehmen sollen. In ärztlichen Kreisen hat sich hiergegen wie gegen alles neue vielfacher Widerstand erhoben, aber es scheint, daß auch dieser jetzt allmählich verstummt. Wenn es den Versicherungsträgern gelingt, unter voller Wahrung der Diskretion die Masse der Kranken wirklich dahin zu bringen, daß sie ihre Krankheit durch eine fortgesetzte Behandlung völlig zur Heilung bringen, und wenn gleichzeitig dem gemeinschädlichen Treiben der Kurpfuscher, mit und ohne Approbation, energisch das Handwerk gelegt wird, dann ist eigentlich alles erreicht, was auf diesem Gebiete erreicht werden kann."

Auf ähnliche Wege weist der Wiener Kliniker, Professor Finger hin in einem in der Wiener Klinischen Wochenschr. Nr. 12 veröffentlichten, auf einer fachärztlichen Tagung in Lemberg erstatteten Bericht über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Auf Grund seiner sehr beachtenswerten Darlegungen stellt Finger schließlich folgende Forderungen auf:

Die Registrierung und sanitätspolizeiliche Überwachung der gewerbsmäßigen Prostitution, wenn sie auch nicht aufgegeben werden soll, ist als einzige Maßregel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ungenügend.

Von den geheimen Prostituierten bedürfen insbesondere die gesundheitlich gefährlichsten Jugendlichen einer genauen Überwachung. Die geschlechtskrank Befundenen sind unter Verhältnisse zu bringen, unter denen eine entsprechend lange Abschließung sowohl den Aufgaben energischer Behandlung als der Fürsorge entspricht.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist in der Weise durchzuführen, daß jene Mittel, welche sich bei Bekämpfung anderer ansteckender Krankheiten erfolgreich erwiesen, der besonderen Eigenart der Geschlechtskrankheiten angepaßt zur Anwendung kommen. Hierher gehören: Belehrung der Gesunden (Flugschriften, Vorträge, Merkblätter) und gesetzliche Bestimmungen nach Art des dänischen Gesetzes vom 30. März 1916, welche enthalten:

Digitized by Google

Behandlungspflicht aller noch ansteckenden Geschlechtskranken;

Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch Kurpfuscher; Verbot der brieflichen Behandlung und der Anpreisung von Heilmitteln zur Selbstbehandlung;

Zwangsuntersuchung aller einer Geschlechtskrankheit begründet Verdächtigen auf Grund gerichtlichen Ausspruches;

ärztliches Anzeigerecht, beschränkt auf jene Fälle, in welchen der Kranke trotz ärztlicher Abmahnung darauf beharrt, etwas zu unternehmen oder zu unterlassen, wodurch er die Gesundheit seiner Mitmenschen gefährdet;

Bestrafung der Gefährdung durch eine Geschlechtskrankheit.

Reichswohnversicherung.

Der Provinzialverband Rheinprovinz deutscher Krankenkassen, Sitz Aachen, nahm in seiner ersten, am 15. Juli in Krefeld abgehaltenen Hauptversammlung nach einem Vortrag von Hochschul-Professor Dr. Schmittmann über „Bevölkerungspolitik und Wohnungsfrage" folgende Entschließung an: „Die Versammlung ist einstimmig der Ansicht, daß die aus Gründen der Bevölkerungspolitik dringend notwendige Lösung der Wohnungsfrage nur mit Hilfe des Versicherungsgedankens nach den Vorschlägen des Hochschul-Professors Dr. jur. Schmittmann, niedergelegt in dessen von der Gesellschaft für soziales Recht herausgegebenen Schrift „Reichswohnversicherung", Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart, möglich ist. Die Hauptversammlung des Provinzialverbandes Rheinprovinz deutscher Krankenkassen überweist diese Entschließung der Mitgliederversammlung des Gesamtverbandes in München zur Annahme und Weitergabe an die Reichsregierung."

Desgleichen hat die Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten in Heidelberg am 20. und 21. Juni 1917 folgende Entschließung betr. Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Interesse der Bevölkerungspolitik angenommen: „Der seit 1901 in verstärktem Umfang eingetretene Geburtenrückgang fordert unabweislich, daß ohne weiteren Verzug in großzügiger Weise mit wirksamen Mitteln eingegriffen werde. Soweit es sich dabei um eine Minderung der wirtschaftlichen Nöte der kinderreichen Familien, darunter insbesondere auch der Wohnungsnot, und um eine Beeinflussung der Lebensauffassung der Bevölkerung handelt, ist bei einem zweckentsprechenden Ausbau der Sozialversicherung von deren als Stützen der Volkskraft bewährten Trägern eine erfolgreiche Tätigkeit zur Bekämpfung des Geburtenrückganges zu erwarten."

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Familienhilfe für Angehörige, die schon vor dem Eintritt in die Kasse erkrankt sind; Anwendung des § 212 RVO.

1. Nach Düsseldorf. Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung nicht. Die dem § 208 Satz 2 RVO. entsprechende Bestimmung Ihrer Satzung hinsichtlich der Familienhilfe (§ 34 Ie) darf, zumal die Satzung noch ausdrücklich (in der Klammer) auf § 208 verweist, nicht anders verstanden werden als diese gesetzliche Vorschrift. Diese aber schließt nur die im Abs. 1 des § 208 zugelassene satzungsmäßige Einführung einer Wartezeit hinsichtlich des Anspruchs auf Mehrleistungen (hier des Anspruchs auf Familienhilfe) aus. Nicht berührt wird dadurch die Frage, ob ein Versicherter, für den die Wartezeit nicht gilt, Anspruch auf die satzungsmäßige Familienhilfe auch für solche Angehörige hat, die bereits vor seinem Eintritt in die Kasse erkrankt sind. Die Satzung kann einen solchen Anspruch ausschließen (ArbVers. 1906 S. 712 Ziff. 9, 1912 S. 512). Dies ist aber in Ihrer Satzung nicht geschehen. Sie bestimmt nur, daß Erkrankungen vor Ablauf der Wartezeit den Anspruch auf Familienhilfe nicht begründen; aber dies kommt eben nur für solche Mitglieder in Betracht, für welche die Wartezeit überhaupt gilt, und dies trifft im vorliegenden Falle nicht zu. Der Anspruch auf Beihilfe zu den Krankenhauspflegekosten wäre also an sich nach Ihrer Satzung für 6 Wochen vom 10. April, dem Tage des Eintritts in Ihre Kasse, begründet. Da aber der Versicherte eine entsprechende Leistung schon von seiner früheren Kasse für die Zeit vom 3. März ab, also für 38 Tage bezogen hat, so steht ihm der Anspruch gegen Ihre Kasse nur noch für 4 Tage zu. (§ 212 RVO.)

Rückforderung von Kassenleistungen. Keine Anwendung des § 213 RVO., wenn die Kassenmitgliedschaft feststeht. Vertrag über satzungswidrige Gewährung von Kassenleistungen ist ungültig.

2. Nach B. Antwort: Die Entscheidung des Amtsgerichts ist haltlos. Zunächst hätte das Gericht erwägen müssen, ob der ordentliche Rechtsweg überhaupt zulässig ist. Es handelt sich um einen Anspruch der Kasse auf Ersatz für zu Unrecht gewährter Familienhilfe. Nach der herrschenden Ansicht wäre ein solcher Anspruch auf Rückgewähr des Geleisteten in demselben Verfahren geltend zu machen, wie der Anspruch auf Kassenleistungen, also im Spruchverfahren vor den Versicherungsbehörden nach §§ 1636 ff. RVO.; vgl. Hahn in ArbVers. 1916 S. 97 ff. sowie die dort angeführten Entscheidungen und 1917 S. 417; das Reichsversicherungsamt ist allerdings anderer

Digitized by Google

Meinung und hält den ordentlichen Rechtsweg für geboten. Würde die Kasse Berufung einlegen, so müßte sie mit der Möglichkeit rechnen, daß das Landgericht der herrschenden Meinung folgt und das Urteil des Amtsgerichts zwar aufhebt, die Klage aber wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges abweist. Dann würde die Klage also von neuem beim Versicherungsamt zu erheben sein. Daß die Versicherungsbehörden in der Sache selbst so urteilen könnten, wie es das Amtsgericht getan hat, ist nicht anzunehmen. Nach den Bestimmungen der Satzung hatte der Versicherte Anspruch auf Familienhilfe nur unter Voraussetzungen, die tatsächlich nicht gegeben waren. Daß von ihm, gleichfalls ohne Vorliegen der satzungsmäßigen Voraussetzungen, während 7 Monaten Zusatzbeiträge (§ 384 Abs. 2 RVO.) erhoben sind, konnte den Anspruch auf Kassenleistung nicht begründen. Insbesondere ist § 213 RVO. auf einen solchen Fall nicht anwendbar, weil diese Vorschrift voraussetzt, daß eine Person weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt gewesen ist; dies trifft im vorliegenden Falle nicht zu, weil die Kassenmitgliedschaft unstreitig und nur ein einzelner aus ihr hergeleiteter Anspruch streitig ist. Da dieser Anspruch nach den Bestimmungen der Satzung nicht begründet war, durften Kassenmittel hierfür nicht verwendet werden (§ 363 RVO.), und das infolge eines Irrtums des Kassenbeamten Geleistete kann nach §§ 812 ff. BGB. zurückgefordert werden. Dieser Erwägung gegenüber ist die Annahme des Amtsgerichts, daß das Kassenstatut abweichende Vereinbarungen zwischen der Kasse und dem Versicherten nicht ausschließe und daß die Kasse an den von ihrem Beamten mit dem Versicherten geschlossenen Vertrag gebunden sei, unhaltbar. Das Amtsgericht sieht anscheinend die Krankenkasse wie eine beliebige private Versicherungsgesellschaft an. Die Kasse darf aber keine Versicherungsgeschäfte abschließen, die das Gesetz ihr nicht überträgt (§ 25 Abs. 3 RVO.), und das Gesetz überträgt ihr solche Geschäfte, wie das Amtsgericht hier unterstellt, nicht, sondern verbietet sie.

Kein Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Heeresverwaltung wegen der einem Versicherten gewährten Krankenpflege.

3. Nach Forbach. Antwort: Die Leistungspflicht der Kasse nach §§ 182 ff. RVO. wird nicht dadurch berührt, daß der Versicherte noch im Heeresdienste steht. Ein Rechtsanspruch auf ärztliche Behandlung oder Lazarettpflege steht dem Versicherten gegen die Heeresverwaltung überhaupt nicht zu. Schon deshalb kann auch die Krankenkasse von der Heeresverwaltung keine Erstattung der pflichtmäßig gewährten Leistungen fordern. Zu vgl. ArbVers. 1917 Heft 8 S. 180.

Dauer der Krankenhilfe bei Röntgenbestrahlung.

4. Nach F. Schw. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse wurde in der Klinik operiert. Die weitere Behandlung besteht nun aus Röntgenbestrahlungen in Abständen von 4—5 Wochen; es haben bis jetzt vier stattgefunden. Es fragt jetzt die Klinik in Freiburg an, ob und wie viele Bestrahlungen die Kasse noch bezahle. Der Patient ist nebenbei erwähnt nicht erwerbsunfähig geschrieben. Wieviele Bestrahlungen muß die Kasse überhaupt noch übernehmen?

Antwort: Wenn auch zwischen den einzelnen Bestrahlungen ein längerer Zeitraum liegt, so bilden sie doch eine einheitliche, zusammenhängende ärztliche Behandlung, und die Dauer der Krankenhilfe ist gemäß § 183 RVO. vom Beginn der Behandlung ab, offenbar also von der Operation ab, zu berechnen. Die Kasse muß alle in diesen Zeitraum fallenden Bestrahlungen bezahlen. Es ist nicht angängig, eine jede als besonderen Versicherungsfall zu betrachten, da sonst die Dauer der Krankenhilfe im Grundsatz unbeschränkt sein würde. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2e zu § 183. Über Röntgenbestrahlung als ärztliche Behandlung s. Reichs-VersAmt in ArbVers. 1916 S. 568.)

Wählbarkeit eines als Arbeitnehmer versicherungspflichtigen Arbeitgebers zu den Kassenorganen.

5. A. A. Hamburg. Frage: Kann ein Arbeitgeber-Vorstandsmitglied, welches ständig nicht mehr als 2 Gehilfen beschäftigt, selbst aber im Hilfsdienst gegen ein Entgelt von 200 ℳ im Monat tätig und bei der gleichen Kasse als Versicherter gemeldet ist, Vorstandsmitglied bleiben, oder muß er vermöge seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung im Hilfsdienst als Arbeitgeber-Vorstandsmitglied ausscheiden?

Antwort: Wenn in § 14 Abs. 2 RVO. gesagt ist, daß in der Krankenversicherung ein Versicherter für die Bildung der Organe den Arbeitgebern zugerechnet wird, wenn er regelmäßig mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigt, so ist damit zugleich gesagt, daß er den Versicherten zuzurechnen ist, wenn er regelmäßig nicht mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigt. In diesem Falle ist er also als Vertreter der Arbeitgeber nicht wählbar. Ist er aber trotzdem als solcher in den Vorstand gewählt, so verliert er nicht ohne weiteres dieses Amt, sondern muß erst dessen gemäß § 24 durch Beschluß des Versicherungsamtes enthoben werden. (Vgl. ArbVers. 1915 S. 552 Ziff. 13.) Eine Entscheidung, die diesen Fall betrifft, ist uns nicht bekannt.

Kürzung der Unterstützungsdauer gemäß § 188 RVO. bei mehreren neuen Versicherungsfällen.

6. Nach Neustadt a. A. Antwort: a) Die Gesamtdauer von 13 Wochen, auf die gemäß § 188 RVO. die Krankenhilfe zu beschränken ist, braucht nicht zusammenzuhängen. Vielmehr sind die Unterstützungszeiten, falls im Laufe der nächsten zwölf Monate mehrere Versicherungsfälle eintreten, deren einzelne nicht je 13 Wochen andauern, zusammenzurechnen. Denn der Sinn des § 188 RVO. ist offenbar der, daß bei gleicher Krankheitsursache die Gesamtdauer der Unterstützungen auf 13 Wochen beschränkt sein sollte. (Vgl. ArbVers. 1914 S. 631 Ziff. 10.)

b) Ist gemäß § 188 RVO. die Unterstützung für 13 Wochen gewährt, so hat der Versicherte keinen Anspruch mehr für einen weiteren Krankheitsfall, der noch innerhalb der zwölf Monate eintritt nach Beendigung des ersten 26 Wochen währenden Krankengeldbezuges. Nach Ablauf dieser 12 Monate ist aber eine nochmalige Kürzung auf 13 Wochen nicht mehr zulässig, und zwar auch dann nicht, wenn seit Beendigung des Versicherungsfalles, dessen Unterstützungsdauer auf 13 Wochen beschränkt war, 12 Monate noch nicht verflossen sind. Vielmehr ist dann wieder die volle satzungsmäßige Leistung zu gewähren.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1881 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1183 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. September 1917 | Heft 25

Erlischt die freiwillige Kassenmitgliedschaft durch Wegfall einer Voraussetzung des Beitritts?

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

I. Allgemeines. — Notwendige Unterscheidung.

Die Reichsversicherungsordnung behandelt in den §§ 176 bis 178 unter der Überschrift „Versicherungsberechtigung" nur das Recht zum freiwilligen Beitritt, aber sie verwendet weiterhin (in den §§ 213, 289, 303, 314, 381, 393) den Ausdruck „versicherungsberechtigt" auch in weiterem Sinne, so daß er die nach § 313 zur freiwilligen Fortsetzung der Mitgliedschaft Berechtigten mit umfaßt. Im Gegensatz zur „Versicherungspflicht" (vgl. die Überschrift vor §§ 165 bis 175), die beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ohne Zutun des Pflichtigen kraft Gesetzes ein Versicherungsverhältnis — die Pflichtmitgliedschaft bei der zuständigen Krankenkasse — begründet, bleibt die „Versicherungsberechtigung" ohne jede rechtliche Wirkung, solange sie nicht durch einen Akt freier Entschließung des Berechtigten ausgeübt wird: die Mitgliedschaft bei der zuständigen Kasse wird im Falle des freiwilligen Beitritts erst durch eine Erklärung gegenüber der Kasse begründet und im Falle der freiwilligen Weiterversicherung nur durch eine Anzeige bei der Kasse oder durch Zahlung der Beiträge fortgesetzt (§§ 176, 310, 313). Die Pflichtmitgliedschaft hat immer nur eine einfache Grundlage: die gesetzliche Versicherungspflicht; die freiwillige Mitgliedschaft dagegen ruht stets auf einer doppelten Grundlage: auf der Versicherungsberechtigung und auf deren vorschriftsmäßiger Ausübung.

Im folgenden beschäftigt uns nur die durch Beitritt zur Kasse begründete freiwillige Mitgliedschaft. Der § 176 bestimmt:

1. Versicherungsfreie Beschäftigte der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art,
2. Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betriebe tätig sind,
3. Gewerbtreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen,

können der Versicherung freiwillig beitreten, wenn nicht ihr jährliches Gesamteinkommen zweitausendfünfhundert Mark übersteigt.

Der Bundesrat bestimmt, wieweit unter der gleichen Voraussetzung Personen, die nach § 168 versicherungsfrei sind, der Versicherung freiwillig beitreten können.

Die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer bestimmten Altersgrenze und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen. Die Festsetzung der Altersgrenze bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts.

Hieraus und aus den die Kassenzuständigkeit betreffenden Vorschriften in §§ 238, 243, 244, 245 Abs. 4, 250 Abs. 2 ergeben sich folgende Voraussetzungen des freiwilligen Beitritts:

a) Der Beitretende muß zu den im § 176 bezeichneten Personen gehören.

Digitized by Google

b) Die Kasse muß für den Beitretenden zuständig sein.
c) Sein Einkommen darf 2 500 ℳ für das Jahr nicht übersteigen.
d) Er darf, wenn die Satzung es bestimmt, eine Altersgrenze nicht überschritten haben.
e) Er muß, wenn die Satzung es fordert, ein Gesundheitszeugnis vorlegen.

Es entsteht die Frage, ob die Voraussetzungen nur beim Beitritt gegeben sein müssen oder ob sie als dauernde Grundlagen der Versicherungsberechtigung selbst aufzufassen sind, dergestalt, daß diese Berechtigung und somit die darauf beruhende freiwillige Mitgliedschaft hinfällig wird, wenn nachträglich eine der Voraussetzungen wegfällt. Man kann diese Frage nicht mit dem Hinweis auf den Wortlaut des § 176 verneinen und sagen, dieser handle nur vom Rechte zum Beitritt, also brauchen die dort aufgestellten Voraussetzungen nur beim Beitritt vorzuliegen. Vielmehr folgt aus der Fassung des § 176 nur, daß die Voraussetzungen jedenfalls beim Beitritt, also bei der Ausübung der Versicherungsberechtigung gegeben sein müssen; für die weitere Frage aber, ob auch die Versicherungsberechtigung selbst und somit die materielle Grundlage der Mitgliedschaft von dem dauernden Bestehen jener Voraussetzungen abhängig ist, dafür ist aus § 176 nichts, weder im positiven noch im negativen Sinne, zu entnehmen. Man kann auch nicht darauf verweisen, daß das Gesetz vom Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft im § 314 handle, ohne den Wegfall einer Voraussetzung als Grund des Erlöschens zu erwähnen. Im § 314 hat das Gesetz nur zwei besondere Fälle des Erlöschens in eigenartiger Weise besonders geregelt, nicht aber das Erlöschen der freiwilligen Versicherung erschöpfend behandelt, so daß andere Gründe schlechthin nicht anzuerkennen wären. Das Gesetz erwähnt ja z. B. auch die Austrittserklärung nicht, und doch kann ernstlich nicht bezweifelt werden, daß der in einer solchen Erklärung liegende Verzicht auf die Mitgliedschaft, entsprechend der Natur der freiwilligen Versicherung, beim Mangel einer entgegenstehenden Gesetzesvorschrift, jederzeit zulässig ist und sofortiges Erlöschen der Mitgliedschaft bewirkt — wie es umgekehrt der Natur der Pflichtmitgliedschaft entspricht, daß ein Verzicht auf sie rechtlich unwirksam ist. Nur aus der Natur des Rechtsverhältnisses, aus Sinn und Zweck der Vorschriften über den freiwilligen Beitritt und aus ihrem Zusammenhang und Vergleich mit anderen Vorschriften ist auch die Antwort auf die Frage herzuleiten, ob die freiwillige Mitgliedschaft durch den Wegfall einer Voraussetzung des Beitrittsrechts erlischt. Tritt man so an die Untersuchung heran, so ergibt sich bald, daß die Frage nicht allgemein beantwortet werden kann, sondern daß jede einzelne Voraussetzung daraufhin geprüft werden muß, ob sie eine wesentliche Grundlage der Versicherungsberechtigung selbst ist und daher dauernd gegeben sein muß, wenn die darauf beruhende Mitgliedschaft bestehen bleiben soll, oder ob sie nur eine Voraussetzung für die Ausübung jener Berechtigung ist und daher nur im Zeitpunkt des Beitritts vorzuliegen braucht.

II. Voraussetzungen für die Ausübung der Versicherungsberechtigung.

Bei der nach Vorstehendem gebotenen Prüfung stellt sich weiter sofort heraus, daß die oben unter c, d, e erwähnten Voraussetzungen nur im letzteren Sinne verstanden werden können. Der Beitritt ist nur zulässig, wenn das jährliche Gesamteinkommen 2500 ℳ nicht übersteigt. Daß aber die durch den zulässigen Beitritt einmal begründete Mitgliedschaft nicht schon mit dem Überschreiten dieser Einkommensgrenze erlischt, ergibt sich klar aus § 314 Abs. 2, wonach die Mitgliedschaft erst durch eine Mitteilung des Kassenvorstandes an den Versicherten erlischt, die der Vorstand zu machen hat, wenn er glaubhaft erfährt, daß das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen des Mitgliedes

Digitized by Google

4000 ℳ übersteigt. Hinsichtlich der Voraussetzungen einer Altersgrenze und eines Gesundheitszeugnisses folgt Entsprechendes zwar nicht aus einer ausdrücklichen Vorschrift, aber aus dem Zwecke des Gesetzes. Die hierauf bezügliche Vorschrift in § 176 Abs. 3 will den Kassen die Möglichkeit geben, sich gegen den Zudrang solcher an sich beitrittsberechtigter Personen zu verwahren, die entweder wegen ihres Alters voraussichtlich in höherem Maße der Gefahr einer Erkrankung ausgesetzt oder gar bereits krank oder krankhaft veranlagt sind. Wenn aber keins dieser Bedenken im Zeitpunkt des Beitritts vorlag und die Kasse daher den Beitritt zulassen mußte, so folgt aus Sinn und Zweck der dadurch begründeten Versicherung, daß die Kasse das Risiko für nachträglich eintretende, die Erkrankungsgefahr erhöhende Umstände tragen muß. Daher ist es selbstverständlich, daß Altersgrenze und Gesundheitszeugnis nur Voraussetzungen für den Beitritt, für die Ausübung der Versicherungsberechtigung, nicht auch für die Fortdauer der durch den Beitritt begründeten Mitgliedschaft sein können.

III. Voraussetzungen der Versicherungsberechtigung selbst.

Gerade entgegengesetzt ist die Rechtslage hinsichtlich der oben unter I a und b bezeichneten Voraussetzungen.*)

a) Betätigung von bestimmter Art (Fall I a). — Wie das Gesetz die Versicherungspflicht und die darauf beruhende Pflichtmitgliedschaft an das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses von bestimmter Art knüpft (§§ 165, 306), so knüpft es entsprechend die Versicherungsberechtigung und die darauf beruhende freiwillige Mitgliedschaft an gewisse wirtschaftliche Betätigungen (§§ 176, 310). Der innere Grund davon ist die der Regel nach mit dem Beschäftigungsverhältnis oder der sonstigen Betätigung verbundene wirtschaftliche Lage, die es dem Gesetzgeber geboten erscheinen läßt, den bezeichneten Personen den Versicherungsschutz in dem einen Falle aufzuzwingen, in dem anderen wenigstens freizustellen. Daraus folgt, daß die Betätigung in einer dem § 165 und ebenso in einer dem § 176 entsprechenden Lage als dauernde Voraussetzung des Versicherungsverhältnisses gedacht ist, so daß grundsätzlich mit dem Wegfall dieser Voraussetzung auch die darauf beruhende Mitgliedschaft, in dem einen wie in dem anderen Falle, enden muß. Für den Fall der Pflichtmitgliedschaft (§§ 165, 306) ergibt sich das auch zweifelsfrei aus § 313; denn daß nach dieser Vorschrift das aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidende Mitglied unter gewissen Voraussetzungen freiwillig in der Kasse verbleiben kann, schließt ein, daß jedenfalls seine Pflichtmitgliedschaft endet. Für die der Kasse freiwillig Beigetretenen ist ein Recht zur freiwilligen Weiterversicherung nicht vorgesehen. Nach dem Krankenversicherungsgesetz war es streitig, ob die §§ 11, 27, die dem § 313 RVO. entsprachen, auch für freiwillig Beigetretene galten (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1895 S. 529); nach der Fassung des § 313 RVO., der ausdrücklich vom Ausscheiden aus der „versicherungspflichtigen" Beschäftigung spricht, kann die Verneinung der Frage nicht mehr zweifelhaft sein. Daraus kann aber nicht etwa gefolgert werden, daß ein freiwillig Beigetretener, der aus der die Versicherungsfberechtigung begründenden Betätigung ausscheidet, ohne weiteres, d. h. ohne die Erfordernisse und Beschränkungen des § 313, freiwilliges Mitglied der Kasse bleibt, solange er nicht seinen Austritt erklärt oder nach Maßgabe des § 314 durch Beitragssäumnis oder Überschreiten der Einkommensgrenze von 4000 ℳ ausscheidet. Denn das würde bedeuten, daß — während Versicherungspflichtige das Recht zur freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 Abs. 1 nur durch eine vorgängige Versiche-

*) Nur auf diese beiden Voraussetzungen bezieht sich die Bemerkung in meinem Handbuch der Krankenvers. Anm. 3 zu § 314, daß beim Wegfall einer Voraussetzung des Beitrittsrechts die freiwillige Mitgliedschaft erlösche. Dieser engere Sinn der Bemerkung ergibt sich schon aus der dort beigefügten kurzen Begründung, die ich hier näher ausführe.

Digitized by Google

rung von längerer Dauer erlangen — der freiwillig Beigetretene, der nur etwa einen einzigen Tag in einem zum Beitritt berechtigenden Verhältnisse (§ 176 Abs. 1) gestanden hat, ohne weiteres Mitglied der Kasse bleiben könnte; und ferner würde es bedeuten, daß — während der bisher Versicherungspflichtige sich die Mitgliedschaft nach § 313 nur erhalten kann, solange er sich regelmäßig im Inland aufhält — der freiwillig Beigetretene auch dann Mitglied bleiben könnte, wenn er für die Dauer ins Ausland übergesiedelt wäre. Eine solche Bevorzugung der nur Beitrittsberechtigten gegenüber den Versicherungspflichtigen, die doch im Sinne des Gesetzgebers die Schutzbedürftigeren sind, kann nicht der Absicht des Gesetzes entsprechen. Deshalb darf die ausdrückliche Beschränkung des § 313 auf die aus der „versicherungspflichtigen" Beschäftigung ausscheidenden Mitglieder nur dahin verstanden werden, daß „versicherungsberechtigte" Mitglieder, die aus der zum Beitritt berechtigenden Betätigung ausscheiden, nicht weiter in der Kasse verbleiben können. Unterstützt wird die hier vertretene Auffassung noch durch § 340, der bestimmt: „Wer die Mitgliedschaft bei einer Betriebskrankenkasse freiwillig fortsetzt, ist weder wählbar noch wahlberechtigt." Diese Fassung weist erkennbar auf § 313 hin. Das folgt auch aus der Entstehungsgeschichte; denn § 340 RVO. entspricht dem § 64 Ziff. 5 KVG., der sich ausdrücklich auf Personen bezog, „welche auf Grund der Vorschrift des § 27 Mitglieder der Kasse bleiben", und diesem § 27 KVG. wiederum entspricht der § 313 RVO. Der § 340 RVO. spricht also Wählbarkeit und Wahlberechtigung nur solchen Mitgliedern ab, die sich auf Grund des § 313 beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung freiwillig weiterversichern. Da nun § 313 für die freiwillig Beigetretenen nicht gilt, so gilt für sie auch § 340 nicht; sie könnten also zu den Organen der Betriebskrankenkasse auch noch nach ihrem Ausscheiden aus dem Betriebe wählen und gewählt werden, wenn es richtig wäre, daß die durch freiwilligen Beitritt einmal begründete Mitgliedschaft durch den späteren Wegfall einer Voraussetzung des Beitrittsrechtes, also auch durch das Ausscheiden aus der Tätigkeit im Betriebe, nicht berührt wird. Der Sohn des Betriebsunternehmers, der nur etwa während kurzer Zeit aushelfend ohne Entgelt im Geschäfte seines Vaters gearbeitet und von der Beitrittsberechtigung aus § 176 Abs. 1 Ziff. 2 Gebrauch gemacht hätte, könnte noch zum Vorstand oder Ausschuß der Betriebskrankenkasse wählen und gewählt werden, wenn er längst jeden Zusammenhang mit dem Betriebe verloren hätte! Das ist sicher nicht die Meinung des Gesetzes. Wenn es den § 340 auf Personen beschränkt, welche die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen, so beruht das offenbar darauf, daß das Gesetz davon ausgeht, daß die Mitgliedschaft solcher, die freiwillig beigetreten sind, durch Ausscheiden aus dem Betriebe erlischt, so daß sie selbstverständlich weder wählbar noch wahlberechtigt sind, ihre Erwähnung im § 340 sich also erübrigte.

Eine Besonderheit mag noch erwähnt werden, die sich im Falle des § 176 Abs. 1 Ziff. 3 aus dem dort bestimmten zusammengesetzten Tatbestand ergibt. Er betrifft Personen, die sich als selbständige Betriebsunternehmer betätigen und hierbei regelmäßig höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen (sogen. Kleinmeister). Nur solange diese beiden Merkmale gegeben sind, besteht die Versicherungsberechtigung; sie erlischt und die darauf beruhende Kassenmitgliedschaft endet daher, sobald auch nur eins der beiden Merkmale wegfällt, also nicht nur dann, wenn der Betrieb aufgegeben wird, sondern auch dann, wenn er aufhört, ein Kleinbetrieb im Sinne der Vorschrift zu sein, d. h. wenn „regelmäßig" mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigt werden. (So auch Jacobi, Die Träger der Sozialversicherung und ihre Angehörigen, S. 61 Anm. 4.) In meinem Handb. der KrVers. Anm. 4 zu § 176 habe ich bemerkt, daß der

Digitized by Google

einmal mit Recht erklärte und zugelassene Beitritt nicht dadurch hinfällig wird, daß späterhin der Betrieb sich auswächst und eine größere Zahl versicherungspflichtiger Beschäftigter umfaßt. Nach der im Vorstehenden entwickelten grundsätzlichen Auffassung läßt sich das nur für den Fall einer vorübergehenden Vermehrung der Zahl der Versicherungspflichtigen aufrechterhalten; rechtfertigen die Umstände die Feststellung, daß jetzt „regelmäßig" mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigt werden, so wird die Versicherungsberechtigung, also die Grundlage der Mitgliedschaft, und folglich diese selbst hinfällig. Daß diese tatsächliche Feststellung unter Umständen schwierig und unsicher sein wird, ist nicht zu verkennen, aber die Schwierigkeit ist, wenn der Wegfall der Versicherungsberechtigung in Frage steht, nicht größer, als wenn es sich um die Zulassung des Beitritts handelt; sie ist eben im Gesetze selbst begründet, das im § 176 Abs. 1 Ziff. 3 — wie z. B. noch in § 13 Abs. 1, § 14 Abs. 2 — ein unsicheres Merkmal aufstellt und somit der billigen, pflichtmäßigen Berücksichtigung aller Umstände im Einzelfalle Spielraum gewährt.

b) Voraussetzung der Kassenzuständigkeit (Fall I b). — Es handelt sich um den Fall, daß die zum Beitritt berechtigende Tätigkeit (§ 176) nach Erwerb der freiwilligen Mitgliedschaft in den Bezirk einer anderen Kasse verlegt wird, und zwar nicht nur vorübergehend, sondern unter solchen Umständen, daß der neue Ort als Beschäftigungsort im Sinne der §§ 153 ff. gilt. Das Gesetz bestimmt, daß Berechtigte, die sich freiwillig versichern wollen, und nicht Mitglieder einer besonderen Orts- oder einer Betriebs- oder einer Innungskrankenkasse werden, je nach der Art ihrer Beschäftigung entweder der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse „ihres Beschäftigungsorts" beitreten können (§ 238); für besondere Ortskrankenkassen kann hinsichtlich der örtlichen Zuständigkeit nichts anderes gelten (zu vgl. §§ 243, 244), da diese Kassen nur „neben der allgemeinen Ortskrankenkasse" für einen Teil der Personen, die sonst in diese gehören würden, zugelassen sind (zu vgl. § 239). Auch hier kann aus der Fassung des Gesetzes nur entnommen werden, daß der Beitritt Beschäftigung im Kassenbezirk voraussetzt, nicht aber, daß diese Voraussetzung nur beim Beitritt vorzuliegen braucht, daß also die Mitgliedschaft bestehen bleiben könne, wenn die Beschäftigung an einen Ort außerhalb des Kassenbezirks verlegt wird (zu vgl. die entsprechende Ausführung hinsichtlich der Fassung des § 176, oben unter I). Der Sinn des § 238 ist aber der, daß er als Voraussetzung der Versicherungsberechtigung bei einer bestimmten Kasse das Erfordernis der Beschäftigung innerhalb des Kassenbezirks aufstellt, in gleicher Weise, wie § 176 als Voraussetzung der Versicherungsberechtigung überhaupt eine Beschäftigung von bestimmter Art fordert. Daraus folgt, daß auch die Beschäftigung im Kassenbezirk als dauernde Voraussetzung gedacht ist, und daß die durch den Beitritt erlangte Mitgliedschaft im Falle der Verlegung des Beschäftigungsorts in gleicher Weise erlöschen muß, wie im Falle des Ausscheidens aus der Beschäftigung selbst (zu vgl. die Ausführungen oben unter III a). Auch hierfür kann zur Unterstützung auf eine besondere Vorschrift des Gesetzes verwiesen werden. Nach § 193 Abs. 3 kann die Satzung Versicherten, die nach § 313 freiwillig Mitglieder der Kasse bleiben, statt der Krankenpflege einen Geldbetrag zubilligen, wenn sie sich nicht im Bezirke der Kasse oder des Versicherungsamts aufhalten. Der innere Grund dieser Vorschrift liegt darin, daß die Gewährung freier ärztlicher Behandlung und der erforderlichen Heilmittel an einem anderen Orte Weitläufigkeiten und Schwierigkeiten im Gefolge haben kann, die der Kasse zugunsten anderer als ihrer Pflichtmitglieder nicht aufzuerlegen sind (vgl. v. Woedtke, Anm. 10 zum entsprechenden § 27 Abs. 3 KVG.). Dieser Grund trifft mit gleicher Stärke wie auf die

Digitized by Google

nach § 313 freiwillig Versicherten auch auf die nach § 176 freiwillig Beigetretenen zu, und es wäre daher nicht zu verstehen, daß der Gesetzgeber die Vorschrift des § 193 Abs. 3 nur auf die Weiterversicherten beschränkt hat, wenn er hätte zulassen wollen, daß freiwillig Beigetretene noch in der Kasse verbleiben können, wenn sie die ihrer Versicherungsberechtigung zugrunde liegende Beschäftigung an einen Ort außerhalb des Kassenbezirks verlegen. Sicherlich hat der Gesetzgeber erwogen, daß die Weiterversicherung nach § 313 von einer Beschäftigung und einem Beschäftigungsorte ganz unabhängig und nur durch regelmäßigen Aufenthalt „im Inlande" bedingt ist; deshalb erschien zur Verhütung von Schwierigkeiten für die Kasse die Vorschrift des § 193 Abs. 3 geboten. Daß man dem recht naheliegenden Gedanken, Gleiches auch hinsichtlich der freiwillig Beigetretenen zu verordnen, keinen Ausdruck gegeben hat, läßt sich nur daraus erklären, daß die Mitgliedschaft dieser Personen an die Beschäftigung im Kassenbezirk geknüpft ist, und daß sie erlöschen muß, wenn der Beschäftigungsort außerhalb des Kassenbezirks zu liegen kommt, so daß es für diesen Fall einer dem § 193 Abs. 3 entsprechenden Vorschrift nicht bedurfte.

Betriebs- und Innungskrankenkassen werden von der soeben erörterten Frage nicht berührt, da bei ihnen das Beitrittsrecht nicht vom Beschäftigungsorte, sondern nur von der Beschäftigung in einem bestimmten Betriebe abhängt (§ 245 Abs. 4, § 250 Abs. 2), die Verlegung des Betriebes an einen anderen Ort also das Erlöschen der Mitgliedschaft nicht zur Folge haben kann. Die Sondervorschrift in § 250 Abs. 4 betrifft nur die Versicherungspflichtigen, und darf nicht etwa entsprechend auch auf die Versicherungsberechtigten angewendet werden (zu vgl. Hoffmann, Anm. 12 zu § 250).

IV. Nachwort.

Die von mir zuerst ganz kurz im Handbuch der Krankenversicherung (Anm. 3 zu § 314) ausgesprochene und nun hier näher begründete Auffassung wird nicht geteilt von Kleeis (Volkstüml. Zeitschr. 1916 S. 276 ff.). Er gründet seine abweichende Meinung auf eine recht oberflächliche Wortauslegung und auf Erwägungen, die ich durch meine Ausführungen für widerlegt halte. Er hat aber geglaubt, meine Auslegung schließlich auch als „sozialpolitisch engherzig" bezeichnen zu dürfen, und hierzu möchte ich folgendes bemerken:

Von sozialpolitischer Eng- oder Weitherzigkeit könnte doch wohl nur die Rede sein, wenn es sich darum handelte, wie gewisse Fragen von der Gesetzgebung zu lösen seien, oder wenn es sich bei der Anwendung des Gesetzes um die Ausübung eines offengelassenen billigen Ermessens handelte. Hier aber stand nichts anderes in Frage, als die Ergründung dessen, was aus der Fassung, dem Sinn und dem Zwecke der einzelnen Normen, aus ihrem Zusammenhang und den sie beherrschenden Grundgedanken des geltenden Gesetzes als der Wille des Gesetzgebers zu erkennen sei. Wenn das Ergebnis einer solchen reinen Verstandesoperation unerwünscht erscheint, so könnte man, wenn der Ausleger recht hat, allenfalls den Gesetzgeber kurzsichtig, oder, je nach den Umständen, engherzig schelten; dem Ausleger gebührt der Vorwurf der Engherzigkeit selbst dann nicht, wenn er geirrt hätte. Der Gegner aber, der gleichwohl diesen Vorwurf erhebt, setzt sich dem Verdacht aus, daß er mit Lesern rechnet, die für Schlagworte dieser Art empfänglicher sind als für sachliche Gründe.

Ganz allgemein, ohne Beziehung auf Herrn Kleeis, dem wir manche beachtenswerte sozialpolitische Anregung verdanken, mag noch bemerkt werden, daß Weitherzigkeit in Fragen der Sozialpolitik an sich gewiß eine herrliche Sache ist, daß sie aber, zu Gesetzesvorschlägen oder Gesetzesauslegungen verdichtet, ungefähr das Billigste ist, was in dieser teuren Zeit massenhaft zu Markte gebracht wird. Sind doch die Kosten für Erzeuger und Zwischenhändler gleich Null. Oft ist aber auch die Ware danach, und der

Digitized by Google

Verbraucher, dem sie nicht selten in recht unreifem Zustande dargeboten wird — das deutsche Volk — könnte sich erhebliche Verdauungsbeschwerden zuziehen, wenn er hastig zugriffe. Es ist heutzutage, mehr als je, Vorsicht geboten gegenüber der übereifrig und überreichlich ausgebotenen Marke „Sozialpolitische Weitherzigkeit"!

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Krankenkassen als behördliche Einrichtungen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 3. August 1917 (HMBl. S. 240).

Das Königliche Kriegsministerium, Kriegsamt, hat sich damit einverstanden erklärt, daß die Eigenschaft einer behördlichen Einrichtung im Sinne des § 2 des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember v. Js. allen Orts-, Land- und Innungskrankenkassen Preußens zuerkannt wird.

Kriegswochenhilfe wird nicht schon durch jede Erwerbsbetätigung des aus dem Kriegsdienst wegen Krankheit entlassenen Ehemannes ausgeschlossen.

Bescheid des **Reichskanzlers** vom 30. März 1916 (HMBl. S. 241).

Über die aufgeworfene Frage würden im Streitfall die Spruchinstanzen zu entscheiden haben. Ich kann mich daher im nachstehenden dazu nur mit dem sich hieraus ergebenden Vorbehalt äußern.

Die Bundesratsverordnungen über Kriegswochenhilfe gewähren diese auch den Ehefrauen solcher seitherigen Kriegsteilnehmer, welche infolge einer Verwundung oder Erkrankung den Kriegsdienst nicht weiter leisten können, beschränkt diesen Kreis aber durch den Ausschluß derjenigen Kriegsteilnehmer der gedachten Art, welche noch imstande sind, eine Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen. Die Absicht der Vorschrift geht dabei offenbar dahin, die Wohltat dieser Wochenhilfe nicht auch solchen Personen zuzuwenden, die selbst wieder für sich und ihre Familie sorgen können, bei denen also der ursprüngliche Grund für die Bereitstellung jener Beihilfe weggefallen ist. Daraus folgt, daß nicht schon jede Erwerbstätigkeit oder die Möglichkeit einer solchen das Recht auf die Wochenhilfe ausschließen soll; es muß vielmehr eine Erwerbsfähigkeit vorhanden sein, die zwar der normalen bzw. der früheren des betreffenden Ehemannes nicht gleich oder auch nur sehr nahe zu kommen braucht, die aber immerhin für die Möglichkeit ausreicht, den nötigen Lebensunterhalt für die eigene Person und für die Familie zu beschaffen. Ob diese Voraussetzung gegeben ist, wird sich jeweils nur nach den Umständen des Einzelfalls bestimmen lassen. Die Angabe eines bestimmten Prozentsatzes der Erwerbsbeschränkung, der für die Gewährung oder Nichtgewährung der Leistung maßgebend zu sein hat, ist daher nicht wohl angängig. Dem freien Ermessen der für die Bewilligung zuständigen Stellen ist hier also ein gewisser Spielraum gelassen. Es dürfte sich empfehlen, hierbei wohlwollend zu verfahren, in Zweifelsfällen es aber doch auf die Entscheidung der im Streitverfahren zuständigen Spruchinstanzen ankommen zu lassen.

Erlöschen der Pflichtmitgliedschaft durch Einziehung zum Kriegsdienst; Erfordernisse der Weiterversicherung.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. April 1917.

Wie in der Entsch. 1969 (Amtl. Nachr. 1915 S. 371) bereits ausführlich dargelegt ist, dauert das der Pflichtversicherung zugrunde liegende Beschäftigungsverhältnis so lange fort, bis es tatsächlich gelöst ist. Das ist der Fall, wenn die Verfügungsmacht des Arbeitgebers über den Beschäftigten endet (zu vgl. auch Entsch. 2233, Amtl. Nachr. 1916 S. 588 und die übrigen dort angeführten Entscheidungen). Die Verfügungsmacht ist nach der Einziehung zum Heeresdienst in der Regel in vollem Umfang auf die Militärbehörde übergegangen. Unterbrechungen der tatsächlichen Beschäftigung, selbst von längerer Dauer, stehen freilich der Fortdauer der Verfügungsmacht nicht ohne weiteres entgegen. So ist in der Entsch. 2233 a. a. O. ausgeführt, es sei selbst bei einem Urlaub von mehreren Monaten recht wohl denkbar, daß die Verfügungsmacht des Arbeitgebers fortbestehe. Immerhin muß es sich dabei aber um Unterbrechungen handeln, deren Ende absehbar ist. Das trifft bei der Einziehung zum Kriegsdienst nicht zu. Denn abgesehen davon, daß das Ende des Krieges menschlicher Berechnung entzogen ist, muß bei der Schwere der Kriegshandlungen mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß der Kriegsteilnehmer nicht zurückkehrt oder wenigstens nach der Rückkehr zur Fortsetzung der Arbeit nicht mehr imstande ist. Deshalb ist auch in der Entsch. 1969 a. a. O. bereits der Grundsatz aufge-

Digitized by Google

stellt, daß Kriegsteilnehmer, an deren Angehörige der Arbeitgeber einen Teil ihres bisherigen Gehalts weiterzahlt, der Krankenversicherung nicht unterliegen. Allerdings ist dort in der Begründung gesagt, in Ermangelung besonderer Vereinbarungen werde die tatsächliche Lösung des Beschäftigungsverhältnisses der Absicht der Beteiligten regelmäßig entsprechen. Dem hatte dort der Arbeitgeber auch dadurch Ausdruck gegeben, daß er seinen Angestellten bei der Kasse abgemeldet hatte. Von jenem Falle unterscheidet sich der vorliegende dadurch, daß hier die Abmeldung absichtlich unterblieben ist und angenommen werden kann, daß die Beteiligten die Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses wünschten. Gleichwohl läßt auch dieser Unterschied keine abweichende Beurteilung zu. Die Absicht der Beteiligten allein vermag das Fortbestehen der Verfügungsgewalt des Arbeitgebers nicht zu begründen. Es lassen sich Ausnahmefälle denken, in denen es die Art der militärischen Verwendung dem Angestellten ermöglicht, auf Grund besonderer Abrede mit dem Arbeitgeber für diesen ab und zu nebenbei Arbeiten zu verrichten. Dann kann gegebenenfalls das Beschäftigungsverhältnis und mithin die Pflichtversicherung fortdauern. In der Regel aber wird die Verfügungsmacht des Arbeitgebers durch den Eintritt des Beschäftigten in den Kriegsdienst völlig beseitigt. Das gilt auch für die in der Entsch. 1969 a. a. O. erwähnten Fälle, in denen die Beteiligten die Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses nach Schluß des Krieges ausdrücklich vereinbaren und der Arbeitgeber das Gehalt ganz oder teilweise fortzahlt, um sich die Arbeitskraft des Einberufenen für eine spätere Zeit zu erhalten. In solchen Fällen kann gegebenenfalls ein Fortbestehen des zivilrechtlichen Dienstvertrags angenommen werden, nicht aber eine Fortdauer des die Pflichtversicherung tragenden Beschäftigungsverhältnisses, das die Verfügungsmacht des Arbeitgebers und damit mehr als den bloßen Willen der Beteiligten und die Weitergewährung des Entgelts voraussetzt. Zutreffend ist in der Entsch. 1969 a. a. O. auch bereits dargelegt, daß für die Fortsetzung der Zwangskrankenversicherung während der Teilnahme des Versicherten am Krieg im allgemeinen überhaupt kein Bedürfnis vorliegt. Will er sich und besonders seinen Familienangehörigen die Wohltaten der Krankenversicherung wahren, so steht es ihm frei, sich gemäß § 313 RVO. weiter zu versichern. Dann muß er aber seine Absicht der Kasse innerhalb der dort bestimmten Frist von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Beschäftigung kundtun. Zur Ausübung des Rechtes der Weiterversicherung gehört zunächst der Wille des ausgeschiedenen Kassenmitgliedes, freiwillig Mitglied seiner bisherigen Kasse zu bleiben. Ferner bedarf es auch der Erklärung dieses Willens. Das kann ausdrücklich durch eine entsprechende Anzeige bei der Kasse oder stillschweigend, durch Beitragszahlung, geschehen. Endlich muß die Willenserklärung — in der einen oder anderen Form — innerhalb einer Frist von drei Wochen abgegeben sein (zu vgl. Entsch. 1992, Amtl. Nachr. 1915 S. 432, Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 5 und 7 zu § 313 RVO.). Innerhalb drei Wochen nach dem Ausscheiden ist vorliegend weder eine Anzeige bei der Kasse eingegangen, noch eine Beitragszahlung erfolgt. Es fragt sich, ob eine gültige Erklärung der Weiterversicherung noch in der Beitragszahlung erblickt werden kann, die am 30. Oktober 1915 an den mit der Einziehung der Pflichtbeiträge beauftragten Kassenboten geschah. Diese Frage war zu verneinen. Die Beitragszahlung, die nach § 313 a. a. O. die ausdrückliche Erklärung der Weiterversicherung ersetzen kann, ist nicht gleichbedeutend mit der üblichen Zahlung der laufenden Beiträge; vielmehr stellt sie sich als eine besondere Handlung dar, die nach der ausdrücklichen Vorschrift des Gesetzes innerhalb der dreiwöchigen Frist vorgenommen sein muß, um die Willenserklärung, sich freiwillig weiterversichern zu wollen, zum Ausdruck zu bringen. Wenn im Gesetz nachgelassen ist, daß die Anzeige der Weiterversicherung durch eine Beitragszahlung „in der gleichen Frist" ersetzt werden darf, so kann einer späteren Beitragszahlung die gleiche Wirkung nicht mehr zugestanden werden. Nach Ablauf der drei Wochen ist, wenn wie hier die Satzung keine längere Frist nach § 313 Abs. 2 Satz 4 a. a. O. bestimmt, die Erklärung, sich weiter versichern zu wollen, in keiner Form mehr zulässig (zu vgl. auch Revisionsentsch. v. 8. Januar 1917 — II a K. 337/16). Die Kasse trifft keine Schuld, wenn sie in Unkenntnis von dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses erst am 30. Oktober 1915 die laufenden Pflichtbeiträge einziehen ließ. Diese Beiträge waren deshalb zu zahlen, weil der Versicherte noch nicht abgemeldet war (§ 397 a. a. O.).

Entlassung aus dem Krankenhause auf Wunsch des Versicherten, entgegen dem Willen der Kasse, bewirkt Anspruchsverlust.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts München** v. 11. Juli 1917 (112 K.).

Die hier 1917 Heft 17 S. 400 abgedruckte Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt München ist vom Oberversicherungsamt aufgehoben worden. Das Versicherungsamt hatte angenommen, daß der Austritt des Versicherten aus dem Krankenhause mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgt sei, daß dadurch die seinerzeitige Einweisung des Versicherten ins Krankenhaus wieder aufgehoben worden sei, daß eine neuerliche rechtgültige Einweisung nicht vorliege, daß sonach ein Verlust des Anspruchs auf Krankenhilfe nicht in Frage komme. Dieser Auffassung ist das K. Oberversicherungsamt nicht beigetreten aus folgenden Gründen:

Der Versicherte ist nicht auf Veranlassung der Kasse bzw. des Krankenhausarztes aus dem Krankenhause

Digitized by Google

entlassen worden, er ist freiwillig ausgetreten und konnte gegen seinen Willen nicht zurückgehalten werden. Aus den Darlegungen des Krankenhausarztes geht auch keineswegs hervor, daß der Versicherte etwa wegen Mangel eines objektiven Befundes nicht mehr weiter im Krankenhause behalten worden wäre. Denn der Versicherte war ja gerade wegen Verdachts der Simulation ins Krankenhaus eingewiesen worden und der Fall war, wie der wiederholte Hinweis auf die Notwendigkeit einer längeren klinischen Beobachtung in dem Gutachten der medizinischen Poliklinik ersehen läßt, so gelagert, daß erst auf Grund längerer Beobachtung ein sicheres Urteil gefällt werden konnte. Im übrigen ist in dem Gutachten des Krankenhausarztes vom 19. November 1916 ausdrücklich bestätigt, daß Kl. erst entlassen wurde, als er auf seiner Entlassung bestand, was eine vorhergehende Gegenwirkung gegen seine Austrittsabsicht voraussetzt. Es ist ferner nicht auch an dem, daß die Kasse von sich aus durch Genehmigung des Krankenhausaustritts die seinerzeitige Krankenhauseinweisung aufgehoben hätte. Eine solche Aufhebung könnte bei fortdauernder Hilfsbedürftigkeit nur in einer Erklärung erblickt werden, die dem Hilfsbedürftigen anheimgeben würde, künftig anstatt der Krankenhausbehandlung, ambulante Behandlung zu wählen. Im vorliegenden Falle wurde aber der Versicherte nach dem Verlassen des Krankenhauses von dem Geschäftsführer der Kasse ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, daß er die Fortsetzung der Krankenhilfe nur in der bisher gewährten Form der Krankenhausbehandlung zu erwarten habe, falls er weiter Hilfe überhaupt noch in Anspruch nehmen wolle oder könne. Die Kasse hat also deutlich zu erkennen gegeben, daß sie von der einmal getroffenen Wahl über Erfüllung ihrer Leistungspflicht durch Gewährung von Krankenhauspflege im Krankenhause W. (§ 184 RVO.) nicht abgehe. Der Ablehnung der Krankenhilfe in der gebotenen Art entgegenzutreten, hatte die Kasse keinen Anlaß und kein Mittel, denn eine Einweisungsbefugnis mit der Folge des Zwangsvollzugs steht der Kasse nicht zu. Es handelt sich auch nicht darum, daß der Versicherte beim Austritt aus dem Krankenhause nachweisbar weder arbeitsunfähig noch hilfsbedürftig gewesen wäre. Wenn auch Arbeitsunfähigkeit nicht sicher nachgewiesen ist, so ist doch das Fortbestehen der Hilfsbedürftigkeit nach dem Krankenhausaustritt im Hinblick auf das Gutachten der medizinischen Klinik vom 5. Dezember 1916 anzunehmen, auch würde ja ohne solche Annahme die Leistungspflicht der Kasse ohne weiteres erloschen sein.

Ein rechtfertigender Grund, die Behandlung im Krankenhause abzulehnen, bestand nach Lage der Sache für den Versicherten nicht. Seiner Zustimmung zur Einweisung bedurfte es nicht, da er keinen eigenen Haushalt hatte, auch nicht Mitglied des Haushalts seiner Familie war, vielmehr eine Junggesellenwohnung als sogen. Zimmerherr hatte. Daß etwa die Behandlung im Krankenhause Anlaß zum Austritt gegeben hätte, ist nicht behauptet, im übrigen fehlt jeder Anhaltspunkt dafür, daß dort eine unsachgemäße Behandlung erfolgt sei.

Wenn hiernach der Versicherte die Fortgewährung der Krankenhilfe in der von der Kasse zulässigerweise bestimmten Form der Krankenhausbehandlung ablehnte, so hat er damit jeden Anspruch auf Krankenhilfe gegen die Kasse verloren. (§ 184 RVO., Hahn, Hdb. d. KrVers. 8. und 9. Aufl. Note 3c zu § 184.)

Anmerkung: Es ist darauf aufmerksam zu machen, daß die vorliegende Entscheidung von der des Versicherungsamts nicht in der rechtlichen Auffassung, sondern nur in der Beurteilung der tatsächlichen Verhältnisse des Falles abweicht. Das Versicherungsamt hatte angenommen, daß die Entlassung aus dem Krankenhause zwar auf Wunsch des Versicherten, aber mit Einwilligung der Kasse erfolgt sei. Dem entgegen nimmt das Oberversicherungsamt an, daß der Versicherte gegen den Willen der Kasse auf seiner Entlassung bestanden habe. Nur hierauf beruht die Verschiedenheit des Ergebnisses.

Das Krankengeld bemißt sich nach dem Lohn zur Zeit der Erkrankung, auch wenn Arbeitsunfähigkeit erst unter geänderten Lohnverhältnissen eintritt.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. März 1917 (2342, Amtl. Nachr. 1917 S. 462).

Die Entscheidung hängt davon ab, ob sich die Höhe des Krankengeldes nach der Lohnklasse richtet, der die Versicherte zur Zeit des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit angehörte, oder nach der Lohnklasse zur Zeit der Erkrankung. Durch die Tatsache der Erkrankung bei bestehender Versicherung entsteht der Anspruch auf Krankenhilfe für die volle gesetzliche oder satzungsmäßige Unterstützungsdauer (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2f zu § 183 RVO.). Bestehende und schon fest begründete Rechtsverhältnisse werden durch nachträgliche Veränderungen grundsätzlich nicht berührt (zu vgl. Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts, Entsch. Bd. 38 S. 325 ff., insbesondere S. 329). Demnach bleiben für die Beurteilung schwebender Unterstützungsansprüche die Verhältnisse zur Zeit des Eintritts des Unterstützungsfalls (der Erkrankung) maßgebend, auch soweit die einzelnen Leistungen erst später fällig werden (zu vgl. auch Bescheid 1072 und Rekursentsch. 1813, Amtl. Nachr. 1891 S. 358, 1900 S. 684). Dies muß bei fortdauernder Erkrankung auch dann gelten, wenn Arbeitsunfähigkeit erst später hinzugetreten ist, in der Zwischenzeit der Lohn des Beschäftigten sich aber erhöht oder vermindert hat. Ob dies, wie das Oberversicherungsamt annimmt, schon im § 211 Satz 2 RVO. aus-

Digitized by Google

drücklich vorgeschrieben ist (zu vgl. Hahn a. a. O. Anm. 3 zu § 211 RVO.), oder ob unter „Änderungen des Grundlohns", die nach dieser Vorschrift keinen Einfluß auf schwebende Unterstützungsfälle haben, nur die bei anderweiter Festsetzung des Ortslohns (§ 151 RVO.) eintretenden Änderungen zu verstehen sind, kann hier dahingestellt bleiben. Danach war im vorliegenden Falle die allgemeine Lohnherabsetzung ohne Einfluß auf den einmal begründeten, einheitlichen Unterstützungsanspruch der Erkrankten. Der Ersatzanspruch ist also unter Zugrundelegung der früheren III. Lohnklasse zutreffend berechnet worden.

Nicht jeder Verstoß gegen die Krankenordnung rechtfertigt die Krankenhauseinweisung.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Mai 1917 (2343, Amtl. Nachr. 1917 S. 463).

Die Annahme des Oberversicherungsamts, daß es der Zustimmung der Klägerin zu ihrer Einweisung in das Krankenhaus bedurft hätte, sofern nicht die besonderen Voraussetzungen des § 184 Abs. 3 RVO. in Verbindung mit § 28 der Kassensatzung vorlagen, ist weder aktenwidrig noch rechtsirrtümlich. Nach § 184 Abs. 1 Satz 2 ist die Zustimmung erforderlich, wenn der Erkrankte Mitglied des Haushalts seiner Familie ist. Als maßgebend ist hierbei der Zeitpunkt in Betracht zu ziehen, zu dem die Einweisung in das Krankenhaus erfolgt. Die Klägerin hatte ihre Stellung als Dienstmagd aufgegeben und war bereits am 16. Dezember 1915 zu ihren Eltern in deren Haushalt zurückgekehrt. Daß sie hierzu durch ihre Krankheit veranlaßt wurde, ist unerheblich. Jedenfalls lebte sie zur Zeit der Einweisung in das Krankenhaus im Haushalt ihrer Eltern und wollte daselbst, wie ohne weiteres anzunehmen ist, mindestens bis zu ihrer Genesung bleiben. Es lag somit die Voraussetzung des § 184 Abs. 1 Satz 2 vor, die ihre Einweisung in das Krankenhaus von ihrer Zustimmung abhängig machte.

Das Oberversicherungsamt hat weiter angenommen, daß zu einer Einweisung der Klägerin in das Krankenhaus ohne ihre Zustimmung die gesetzlichen Voraussetzungen (§ 184 Abs. 3) nicht gegeben gewesen seien. Auch diese Feststellung gibt zu einer Beanstandung keinen Anlaß. Um eine ansteckende Krankheit handelte es sich nicht. Nach den gutachtlichen Äußerungen des Dr. K. war als erwiesen anzusehen, daß weder die Art der Krankheit noch der Zustand der Klägerin eine Krankenhausbehandlung erforderten. Dafür, daß das Verhalten der Klägerin eine fortgesetzte Beobachtung im Krankenhause nötig gemacht hätte, fehlt jeder Anhalt. Solange aber nicht eine dieser Voraussetzungen vorlag, war die Beklagte auch nicht berechtigt, die Klägerin in das Krankenhaus einzuweisen und von ihr die Befolgung dieser Anordnung zu verlangen.

Der Entscheidung des Oberversicherungsamts ist endlich auch darin beizutreten, daß im vorliegenden Falle die Vorschrift des § 184 Abs. 3 Nr. 3, auf die sich die Beklagte für die Rechtmäßigkeit ihrer Anordnung beruft, nicht zur Anwendung kommt. Nach dieser Vorschrift, soweit sie hier in Betracht kommt, ist die Zustimmung des Erkrankten zur Einweisung in ein Krankenhaus nicht erforderlich, wenn er wiederholt der Krankenordnung (§ 347) zuwidergehandelt hat. Die Krankenordnung soll, wie auch der Hinweis auf § 347 ergibt, die Meldung und Überwachung der Kranken sowie ihr Verhalten regeln. Es soll dadurch sichergestellt werden, daß nicht der Erkrankte selbst durch sein Verhalten die möglichst rasche und gründliche Beseitigung der Krankheit gefährdet und damit die Interessen der Krankenkasse schädigt. Nicht jeder Verstoß gegen eine Bestimmung der Krankenordnung berechtigt daher die Kasse zur Einweisung des Erkrankten in ein Krankenhaus; vielmehr können hierbei nur solche Bestimmungen der Krankenordnung in Betracht kommen, die das Verhalten des Kranken in bezug auf die Krankheit und deren Beseitigung regeln und im Falle der Zuwiderhandlung eine Krankenhausbehandlung erforderlich erscheinen lassen. Hierzu sind aber nicht die Bestimmungen zu rechnen, die seitens der Krankenkasse hinsichtlich der Auszahlung der Krankengelder in die Krankenordnung aufgenommen werden. Es handelte sich bei ihnen lediglich um Ordnungsvorschriften, die den Verkehr der Kassen mit ihren Mitgliedern regeln und mit dem Verhalten des Erkrankten in bezug auf seine Krankheit nichts zu tun haben. Ihre Verletzung kann daher auch nicht zu einer Einweisung des Erkrankten in ein Krankenhaus führen. Dieses muß auch von der von der Beklagten in ihre Krankenordnung aufgenommenen entsprechenden Vorschrift gelten. Daß sie nicht einer Überwachung des Erkrankten dienen soll, ergibt sich ohne weiteres daraus, daß die Erhebung der Krankengelder nicht allein durch den Erkrankten selbst, sondern auch durch eine von ihm beauftragte Person erfolgen kann. Selbst wenn daher die Klägerin wiederholt das Krankengeld verspätet abgehoben haben sollte, würde eine derartige Zuwiderhandlung ihre Einweisung in das Krankenhaus nicht gerechtfertigt haben.

War die Beklagte somit zur Einweisung der Klägerin in das Krankenhaus ohne deren Zustimmung nicht berechtigt, so durfte sie ihr auch nicht im Falle der Weigerung, dieser Anordnung Folge zu leisten, die weitere Unterstützung entziehen. Ihre Verurteilung zur Leistung der gesetzlichen Krankenhilfe über den 24. Januar 1916 hinaus ist zu Recht erfolgt.

Digitized by Google

B. Zur Unfallversicherung.

Kleinschiffer als selbständige Gewerbetreibende.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 5. Dezember 1916 (2949 Amtl. Nachr. 1917 S. 412).

Die Dampfziegelei R. läßt die Beförderung ihrer Steine zu Wasser, abgesehen von dem Schiffer S., durch Personen ausführen, die unstreitig selbständige Schiffahrtsgewerbetreibende sind. Die Entscheidung hängt daher lediglich davon ab, ob diese Eigenschaft auch bei S. vorliegt. Die Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft beruft sich für ihre gegenteilige Annahme vornehmlich auf eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 2. Juni 1913 (I 8567/13), in der ein Schiffer K. nicht als Unternehmer eines gewerbsmäßigen Schiffahrtsbetriebs, sondern als Arbeiter seiner Auftraggeberin, ebenfalls einer Ziegelei, angesehen worden ist. Die Annahme der Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft, daß der damals und der jetzt streitige Fall versicherungsrechtlich gleich zu beurteilen seien, braucht nicht ohne weiteres zuzutreffen. Ein wesentlicher Unterschied kann vor allem darin liegen, daß K. nach Inhalt der Entscheidung nur für eine Ziegelei Fahrten auszuführen pflegte, während S. für zwei Ziegeleien und noch andere Auftraggeber tätig ist. Das Reichsversicherungsamt hat entsprechend dem Wunsche der Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft aus Anlaß des vorliegenden Falles die versicherungsrechtliche Stellung der Kleinschiffer von neuem grundsätzlich geprüft. Das hat zu dem Ergebnis geführt, daß Schiffer, die mit eigenen Kähnen und selbstangenommenen Hilfskräften Beförderungen für mehrere Auftraggeber, insbesondere Ziegeleien, ausführen, in der Regel als selbständige Schiffahrtsgewerbetreibende anzusehen sind.

Bei Beantwortung der Frage, ob jemand als Unternehmer oder als Arbeiter seiner Auftraggeber anzusehen ist, kommt es weniger auf das zwischen ihnen bestehende Rechtsverhältnis als vielmehr auf die tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnisse an. Arbeiter im Sinne der sozialen Unfallversicherung ist jeder, der unselbständig im Betrieb eines anderen arbeitet, der also bei seiner Arbeit wirtschaftlich und persönlich von seinem Auftraggeber abhängig ist. Eine solche Abhängigkeit ist aber bei S. nicht gegeben. Zwar lebt er in bescheidenen Verhältnissen; immerhin aber ist der 45 Tonnen tragende Nachen, mit dem er die Beförderungen ausführt, sein Eigentum. Er besitzt außerdem Arbeitsgerät im Werte von etwa 600 ℳ und ein Sparkassenguthaben von einigen Hundert Mark. Danach ist er in der Lage, das Gewerbe eines Kleinschiffers, mit dem kein erheblicheres wirtschaftliches Wagnis verbunden ist, für eigene Rechnung auszuüben. Von der Dampfziegelei R., für die er Steine nach fest vereinbarten Frachtsätzen zu befördern pflegt, befindet er sich in keiner weiteren Abhängigkeit als jeder Unternehmer von seinem Hauptauftraggeber. Eine Verpflichtung, jederzeit für die Ziegelei Fahrten auszuführen, besteht entgegen der Annahme des Oberversicherungsamts für ihn nicht. Er fährt auch nicht allein für diese, sondern in gleichem Umfang für eine andere Ziegelei. Außerdem erledigt er auch Fahrten für andere Auftraggeber. In dieser Beziehung kann den durch den Krieg verursachten außergewöhnlichen Verhältnissen keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden. Entscheidend sind vielmehr die Verhältnisse, wie sie vor dem Kriege bestanden haben und voraussichtlich nach dem Kriege wieder eintreten werden. Vor dem Kriege aber hat S. Beförderungen für verschiedene Auftraggeber ausgeführt, wie gerade Nachfrage nach Schiffsraum bestand, und es liegt kein Anlaß zu der Annahme vor, daß die Verhältnisse sich später anders gestalten werden, wenn es ihm während des Krieges auch an Aufträgen fehlt. Jedenfalls befindet S. sich zu der Ziegelei R. in keinem persönlichen Abhängigkeitsverhältnis. Auch in der Annahme seiner Hilfskräfte (zwei bis drei Mann) hat er freie Hand. Daß er mit diesen nach Abzug der Entschädigung für die Hergabe des Nachens und der Schleppgebühr den Gewinn teilt, steht der Annahme seiner Unternehmereigenschaft nicht entgegen. Im übrigen ist der dem S. verbleibende Betrag, Nachenmiete und Anteil am Gewinne, keineswegs so gering, daß man ihn unter Berücksichtigung der beschränkten Verhältnisse nicht als einen Unternehmergewinn ansehen könnte. Sicherlich kann ein Kleinschiffer, selbst wenn seine Vermögensverhältnisse besser und seine Betriebsverhältnisse größer sind als die des S., sich zu einem einzelnen Auftraggeber in eine solche Abhängigkeit begeben, daß er versicherungsrechtlich als dessen Arbeiter oder Betriebsbeamter zu behandeln ist. Ob eine solche Abhängigkeit vorliegt, läßt sich nur von Fall zu Fall beurteilen. Bei einem Kleinschiffer aber, der für mehrere Auftraggeber Fahrten ausführt, könnte man ein solches Abhängigkeitsverhältnis nur in besonderen Ausnahmefällen für gegeben erachten. Würde ein solcher Kleinschiffer nicht als Unternehmer angesehen, so ergäbe sich der unhaltbare Zustand, daß sein und seiner Leute Versicherungsverhältnis beständigem Wechsel unterläge. Bei Fahrten für versicherungspflichtige Betriebe würde die Versicherung entweder bei der Berufsgenossenschaft, welcher der Betrieb angehört, oder, falls der Betrieb Fahrten ausführt, die über den örtlichen Verkehr hinausgreifen (§ 540 Nr. 2 RVO.), bei der Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft stattfinden. Der Schiffer und seine Leute wären also in verschiedenen Betrieben und möglicherweise bei verschiedenen Berufsgenossen-

Digitized by Google

schaften versichert. Für Fahrten, die nicht für versicherungspflichtige Betriebe ausgeführt werden, käme die Zuständigkeit der Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und -Reittierbesitzer in Betracht, sofern man nicht den Schiffer, wie die Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft es tun möchte, bei diesen Fahrten als selbständigen Gewerbetreibenden ansieht. Eine so verschiedene Beurteilung seiner versicherungsrechtlichen Stellung, die von den Betriebsverhältnissen seiner Auftraggeber abhängig wäre, würde innerlich nicht gerechtfertigt sein. Es könnte auch vorkommen, daß die in Rede stehenden Fahrten in so geringem Maße ausgeführt werden, daß man schon aus diesem Grunde von einem gewerbsmäßigen Schiffahrtsbetriebe nicht reden könnte. Auf alle Fälle würde in das Versicherungsverhältnis dieser kleinen Betriebe eine außerordentliche Unsicherheit hineingetragen werden, die vermieden wird, wenn man den Kleinschiffer als selbständigen Gewerbetreibenden ansieht. In letzterem Falle sind seine Leute und nach der Satzung der hier zuständigen Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft er selbst auf allen Fahrten in seinem eigenen Betriebe bei dieser Berufsgenossenschaft versichert. Nach alledem ist der Schiffer S. als gewerbsmäßiger Schiffahrtsunternehmer anzusehen, wie er auch in den Jahren 1913 bis 1915 als solcher von der Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft behandelt worden ist. Daraus ergibt sich, daß die Dampfziegelei R. einen Schiffahrtsbetrieb nicht unterhält. Sie ist daher vom Tage ihrer Aufnahme ab im Betriebsverzeichnis der Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft zu löschen.

Voraussetzung des Anspruchs auf Krankenbehandlung nach § 558 Ziff. 1 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Oktober 1916 (2939 Amtl. Nachr. 1917 S. 370).

Der Senat hat die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nicht beanstandet, da es sich um eine grundsätzliche Auslegung des Begriffs der Krankenbehandlung handelt, über die eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts noch nicht vorliegt. In dieser Hinsicht war davon auszugehen, daß die Gewährung der Krankenbehandlung, wie das Reichsversicherungsamt auch in seiner Verwaltungstätigkeit schon früher ausgesprochen hat (zu vgl. Handb. der Unfallversf. I S. 257 Anm. 5 zu § 9 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes), nicht an die Voraussetzung geknüpft ist, daß die Behandlung eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten erwarten läßt. Es sind vielmehr Heilmittel und ärztliche Behandlung auch dann zu gewähren, wenn sie lediglich den Zweck verfolgen können, dem Verletzten die Folgen der Verletzung zu erleichtern. Dies kommt schon in dem Wortlaut des Gesetzes hinreichend deutlich zum Ausdruck. Es muß aber anderseits, um die Verpflichtung der Versicherungsträger nicht ins Zweck- und Uferlose auszudehnen, gefordert werden, daß die Versorgung des Verletzten mit Mitteln der Krankenbehandlung zur Linderung seiner Beschwerden von wesentlichem Nutzen ist. In dem vorliegenden Falle ist der Bezirksarzt der Ansicht, daß eine weitere Behandlung des Klägers zwecklos sei; etwaige Linderungsmittel, wie Einreibungen, könnten vielleicht zuweilen in geringem Maße durch die Massage der Haut wirken, in der Hauptsache könne ihr Einfluß ein nur suggestiver sein. Das Leiden des Klägers, das übrigens nur zum Teil auf dem Unfall vom 17. März 1905 beruht, erfordert danach eine weitere ärztliche Beratung und die Anwendung von Arzneimitteln nicht, auch nicht zur Linderung der Beschwerden; den die suggestive, also nur durch eine Einbildung des Verletzten vermittelte Linderung, die eine weitere Behandlung vielleicht erzielen könnte, ist immer so unsicher und von wechselnden äußeren Einflüssen so abhängig, daß sie eben nur einen ganz vorübergehenden Erfolg verspricht. Billigerweise kann die Berufsgenossenschaft aber nicht für verpflichtet erachtet werden, zu einem solchen, praktisch unwesentlichen Heilungszwecke die nicht geringen Kosten zu tragen, die eine dauernde ärztliche Behandlung veranlassen würde.

Unfallversicherungspflicht eines „Büfettiers" gemäß § 537 Abs. 1 Ziff. 11 RVO.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Januar 1917 (2952, Amtl. Nachr. 1917 S. 454).

Die Annahme der Beklagten, daß der Kläger in seiner Stellung als Büfettier versicherungsrechtlich als Unternehmer anzusehen sei, ist irrig. Nach seinem Anstellungsvertrage hatte er lediglich die Waren — Bier, Liköre, Zigarren usw. —, die der Gastwirt ihm lieferte, in vorgeschriebener Weise abzugeben. Auf die Gestaltung des Geschäftsergebnisses, insbesondere auf die Einkaufs- und Verkaufsbedingungen, hatte er keinen Einfluß. Auch die Betriebsgegenstände gehörten nicht ihm, sondern dem Gastwirt. Hierzu kommt, daß er aushilfsweise sogar die Gäste unmittelbar zu bedienen hatte. Nach seinem gesamten wirtschaftlichen Verhältnis war der Kläger überhaupt nicht in der Lage, das mit einem selbständigen Unternehmen verbundene Wagnis zu tragen. Er stand nach alledem zu dem Gastwirt lediglich in dem Verhältnis eines Angestellten, wenn auch die Vergütung für seine Dienste nicht fest bestimmt war, sondern von der Höhe des Umsatzes abhing. Gerade im Gastwirtschaftsgewerbe liegt darin nichts Ungewöhnliches.

Die Entscheidung hängt danach lediglich von der Beantwortung der Frage ab, ob die Tätigkeit des Klägers nach den Vorschriften des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung unter die Unfallver-

Digitized by Google

sicherung fiel. Diese Frage hat das Reichsversicherungsamt bejaht. Der Gastwirtschaftsbetrieb, in dem der Kläger den Unfall erlitten hat, war, soweit er überhaupt unter die Versicherung fällt, ausweislich der Betriebsakten der Beklagten bei dieser versichert. Dies galt unter der Herrschaft des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes auch von den Lagerungsarbeiten und gilt ebenso nach dem jetzigen Rechte von den an ihre Stelle getretenen Arbeiten, die sich als Behandlung und Handhabung der Ware darstellen. Das Reichsversicherungsamt hat es dahingestellt gelassen, ob die Tätigkeit eines Kellners diesen letzteren Arbeiten zuzurechnen ist oder nicht. Denn selbst, wenn dies nicht der Fall sein sollte, würde gemäß § 546 RVO. doch der Kläger für seine Person bei der Tätigkeit eines Kellners, bei der er tatsächlich den Unfall erlitten hat, versichert gewesen sein, sofern seine Haupttätigkeit, nämlich die eines Büfettiers, der Versicherung unterlag. Das aber hat der Senat angenommen. Das Reichsversicherungsamt hat in seinen Leitsätzen über die berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der Detailhandelsgeschäfte vom 2. April 1914 (Entsch. und Mitt. Bd. 2 S. 437 Nr. 6) unter Ziff. 8 allerdings ausgesprochen, als Behandlung und Handhabung der Ware gelte in Gastwirtschaften außer den Arbeiten in den Vorratsräumen das Heranschaffen der Waren zum Schanktisch, das Anstechen der Fässer und das Fortbringen der leeren Lagerungsgefäße, dagegen nicht die mit der Bewirtung der Gäste unmittelbar zusammenhängende Tätigkeit; diese beginne mit dem Einschänken der Getränke und umfasse insbesondere die sonstige Tätigkeit am Schanktisch bei der Übergabe der Ware an das Bedienungspersonal und die Bedienung der Gäste selbst; dahin gehöre auch das Reinigen der Gläser, des Schanktisches und der Gasträume. Dieser Auffassung hat sich der Senat nicht angeschlossen. Auch wenn man „die mit der Bewirtung der Gäste unmittelbar zusammenhängende Tätigkeit" nicht als Behandlung und Handhabung der Ware ansehen will, so kann das gleiche doch nicht bezüglich der Tätigkeit am Schanktisch geschehen. Die Reichsversicherungsordnung hat, wie die Begründung zu ihrem Entwurf ergibt, den früher geltenden Begriff des „Lagerungsbetriebs" durch den des „Betriebs zur Behandlung und Handhabung der Ware" ersetzt, um die bei dem früheren Rechtszustande namentlich für Detailgeschäfte hervorgetretenen Mängel in der Abgrenzung der Versicherung zu beseitigen. Der neue Begriff umfaßt nach der Begründung erstens die bereits früher versicherten, eigentlichen Lagerungsarbeiten; er geht aber darüber hinaus und umfaßt demgemäß zweitens auch Verrichtungen, die dem technischen Teile des Betriebs angehören, sich von der Lagerungstätigkeit äußerlich meist nicht wesentlich unterscheiden, aber zu der unversicherten Verkaufstätigkeit in näherer Beziehung stehen, wie „das Herbeiholen der Ware aus dem Hand- oder sonstigen Lager, das Vorlegen und Vorzeigen der Ware zum Zwecke des Verkaufs, das Hantieren mit der Ware während der Verkaufsverhandlungen, das Abmessen, Abwägen, Verpacken oder Bereitstellen der Ware zum Zwecke des Verpackens, die Übergabe der Ware an den Käufer und die Zurücklegung der unverkauften oder nicht passenden Ware in das Lager usw."

Wenn man diese Regelung, nach der „in Ladengeschäften tatsächlich eine Trennung der versicherten Lagerungsarbeiten und der unversicherten kaufmännischen Arbeiten nicht mehr erforderlich" werden sollte, auf Gastwirtschaftsbetriebe anwendet, so kann man hier die Tätigkeit am Schanktisch, insbesondere die eines Büfettiers, nicht aus den als Behandlung und Handhabung der Ware anzusehenden Verrichtungen ausscheiden. Die Tätigkeit eines Büfettiers unterscheidet sich von der technischen Tätigkeit eines Verkäufers, die man doch gerade unter die Versicherung bringen wollte, überhaupt nicht. Dies zeigt sich in besonderem Maße bei solchen Gastwirtschaften, in denen zugleich ein Verkauf unmittelbar an die Gäste oder gar über die Straße stattfindet. In einem solchen Falle macht es für die Tätigkeit des Büfettiers keinen Unterschied, ob er die Ware einem Kellner zur Weitergabe an einen Gast oder ob er sie diesem oder einem anderen Käufer unmittelbar verabfolgt. Sofern in Gastwirtschaftsbetrieben eine Trennung zwischen versicherter und unversicherter Tätigkeit überhaupt gerechtfertigt ist, ist die Grenze nicht, wie in den erwähnten Leitsätzen, hinter dem Schanktisch, sondern vor diesem zu ziehen, so daß nur die Tätigkeit der Kellner, die sich übrigens allein als eigentliche Bedienungstätigkeit darstellt, ausscheidet.

Hiernach war der Kläger in seiner Tätigkeit als Büfettier versichert. Da hierin seine Haupttätigkeit bestand, so erstreckt sich die Versicherung, wie bereits erwähnt, auch auf seine Dienste als Kellner, zu denen er nebenbei herangezogen wurde. Da er bei einer solchen Tätigkeit den Unfall erlitten hat, ist die Beklagte verpflichtet, ihn für dessen Folgen zu entschädigen.

Erfordernisse einer Strafverfügung der Genossenschaft gegen einen Angestellten. — Einspruch und Aufsichtsbeschwerde.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 26. April 1917 (2955, Amtl. Nachr. 1917 S. 457).

Der von R. eingeschlagene Weg ist unzulässig, da der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts auf Grund des § 705 RVO. zur Entscheidung nur berufen ist, wenn es sich um eine Geldstrafe von mehr als 20 ℳ handelt. Die Beschwerde war indessen als Aufsichtsbeschwerde zu behandeln. Eine solche muß den der Dienstordnung unterstehenden Angestellten unbenommen bleiben, wenn der Gegenstand

Digitized by Google

der Beschwerde nicht zu den im § 705 Abs. 1 a. a. O. bezeichneten gehört. Auch hat das Reichsversicherungsamt im Aufsichtsweg einzuschreiten, wenn eine Berufsgenossenschaft ihre Befugnis, nach § 699 a. a. O. Strafen über Angestellte zu verhängen, unrichtig handhabt. Zu einem Einschreiten der Aufsichtsbehörde war hier schon deshalb Anlaß gegeben, weil die Strafverfügung nach Form und Inhalt nicht den allgemeinen Rechtsgrundsätzen entspricht, die auch bei Disziplinarstrafen zu beachten sind. Dazu gehört, daß die strafbare Handlung dergestalt bezeichnet wird, daß der Bestrafte und die nachprüfende Instanz aus der Verfügung genau ersehen können, weshalb die Strafe verhängt ist. Die Fassung „Für Ihr bisheriges Verhalten wird Ihnen eine Ordnungsstrafe von 20 ℳ zuerkannt" genügt dieser Forderung nicht, es müssen die der Bestrafung zugrunde liegenden Tatsachen unter Hinweis auf die in Frage kommenden Bestimmungen der Dienstordnung genau angegeben werden. Da außerdem nach der Strafverfügung zwei Tatbestände in Betracht kommen, waren die entsprechenden Strafen einzeln anzugeben, um dem Beschwerdeführer wie der Beschwerdeinstanz zu ermöglichen, zu den einzelnen Strafen Stellung zu nehmen. Die Strafverfügung mußte aus diesen Gründen aufgehoben werden.

Anmerkung: Was hier über die Begründung der Strafverfügung gesagt ist, wird aus gleichen Gründen auch für Strafen gegen Kassenangestellte (vgl. §§ 352, 354 Abs. 5 RVO.) gelten müssen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1917 S. 178 ff.)

Nr. 215. Ein Kolonialwarenhändler, der täglich etwa zwei Stunden für eine kaufmännische Firma gegen einen monatlichen Entgelt von 60 ℳ Buchführungsarbeiten ausführt, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 216. Ein Rezitator und Klavierspieler in einem Lichtspieltheater, dem die Klavierbegleitung und das Ablesen oder Hersagen der von den Filmfabriken aufgestellten gedruckten Erläuterungen obliegt, ist nicht versicherungspflichtig im Sinne des § 1 Abs. 2 und 4 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 217. Ein auf Grund schriftlichen Vertrags mit Gewinnbeteiligung angestellter Fischmeister, der eine Fischzuchtanstalt unter der Oberleitung des entfernt wohnenden Eigentümers zu leiten und zwei Gehilfen zu beschäftigen hat, ist nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er in erheblichem Umfang körperlich mitarbeitet.

Nr. 218. Der Obersäger eines Sägewerks, der unter der Oberleitung des Geschäftsinhabers die Maschinen zu beaufsichtigen, die Stämme nach den Bestellungen zusammenzustellen hat und daneben gegenüber den Arbeitern gewisse, wenn auch dem Zeitaufwand nach zurücktretende Aufsichtsbefugnisse besitzt, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 219. Ein im Dienste eines Krüppelheims stehender Schuhmacher, der in der Hauptsache für den eigenen Bedarf der Anstalt arbeitet und daneben Pfleglinge als Lehrlinge im Schuhmachergewerbe ausbildet, ist weder nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 noch nach Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 220. Warenabnehmerinnen in einem Konfektionsgeschäft, welche die von den Fabrikanten gelieferten Waren darauf zu prüfen haben, ob Stoff und Zutaten den Bestellungen entsprechen, sind als Handlungsgehilfinnen im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn sie in manchen Fällen die Ware nachzubessern haben.

Nr. 221. Abnehmerinnen eines Damenbekleidungsgeschäfts im Großen, welche die in der Werkstatt oder von den Heimarbeitern hergestellten Röcke auf richtige Ausführung des Zuschnitts und der Näharbeit nachzusehen haben und über die Abnahme nicht beanstandeter Röcke selbständig befinden, sind nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 222. Der Kellermeister einer Bierbrauerei, der mit 30—35 von ihm zu beaufsichtigenden Arbeitern unter Oberaufsicht des Brauführers und des Braumeisters das Reinigen von Fässern und Lagerräumen, das Abziehen, das Filtrieren und die Ausgabe des Bieres zu besorgen und den Bierausgang zu notieren hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 223. Ein Förderaufseher in einem Steinkohlenbergwerk, der unter Aufsicht des Steigers und Obersteigers ein Bedienungspersonal von 34 Mann bei der Förderung zu beaufsichtigen hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für

Digitized by Google

Angestellte, auch wenn er körperlich nicht mitzuarbeiten hat.

Nr. 224. Ein Angestelltenverhältnis wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß die Angestellte seit einer Reihe von Jahren als Waise in den Haushalt des Arbeitgebers aufgenommen ist. Sie ist versicherungspflichtig, wenn sie als Handlungsgehilfin tätig ist und neben freiem Unterhalt einen monatlichen Entgelt von 20 ℳ erhält.

Nr. 225. Ein sogenannter Ökonomiebaumeister in Bayern, der das Nebengut eines Rittergutes nicht selbständig, sondern unter der ständigen Leitung des in der Nähe wohnenden Verwalters des Hauptgutes zu verwalten, 12 bis 18 Arbeiter zu beaufsichtigen und anzuleiten und erforderlichenfalls selbst körperlich mitzuarbeiten hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 226. Die Turnlehrerin eines Turnvereins ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, selbst wenn sie nicht nur erwachsenen Personen, sondern auch schulpflichtigen Kindern Turnunterricht erteilt.

Nr. 227. Der Futtermeister einer Brauerei, der unter der Oberleitung eines Betriebsinspektors eine große Zahl von Pferden zu warten und in erheblichem Umfang körperlich mitzuarbeiten, insbesondere die Fourage entgegenzunehmen, das Futter abzuwiegen und auszugeben, auch erkrankte Pferde nach tierärztlicher Vorschrift zu behandeln hat, ist nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig, auch wenn er die ihm zur Hilfeleistung beigegebenen Personen zu überwachen hat.

Nr. 228. Ein Berichterstatter, der für eine Zeitung Berichte über Gerichtsverhandlungen und dgl. liefert, für die Zahl der nach dem Ermessen der Schriftleitung benutzten Zeilen bezahlt wird und ebenso, wie die Schriftleitung, jederzeit die Geschäftsverbindung abbrechen kann, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 229. Als „an sich versicherungspflichtig" im Sinne des § 1 der Bekanntmachung über die Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 1097) sind auch solche Beschäftigungen anzusehen, welche zwar ihrer Art nach unter § 1 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte fallen, aber wegen eines 5000 ℳ übersteigenden Jahresarbeitsverdienstes der Versicherungspflicht nicht unterliegen.

Nr. 230. Eine mit Erteilung von Zeichenunterricht an einer städtischen Fortbildungsschule beschäftigte Person ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, auch wenn sie zum Lehrberufe nicht vorgebildet ist.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Kein Schadenersatzanspruch der Kasse gegen eine Straßenbahngesellschaft (§ 1542 RVO.) wegen Tötung des Kindes eines Versicherten.

Urteil des **Amtsgerichts Leipzig** vom 3. Juli 1917 (5 Cg. 493/17).

Die Beklagte (Straßenbahngesellschaft) ist dem Kinde Lisette R. nach § 823 BGB., §§ 1, 3a des Gesetzes vom 7. 6. 1871 schadenersatzpflichtig. Die Beklagte hat den Entschuldigungsbeweis zu führen. Er ist ihr angesichts des Ergebnisses des Strafverfahrens gegen den Straßenbahnwagenführer E. nicht möglich. Denn daraus ergibt sich nach der eigenen Darstellung des E. wie der Zeugen, daß E. nicht genügend auf die Fahrbahn geachtet, sondern nach der vorbeiziehenden Musikkapelle gesehen und dabei das Kind und selbst den Zeugen M., der ihn auf die Gefahr des Zusammenstoßes aufmerksam machte, nicht bemerkt hat. E. hat die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen und dadurch den Zusammenstoß schuldhaft herbeigeführt. . . .

Der Schadenersatzanspruch aus § 823 BGB., §§ 1, 3a des Gesetzes vom 7. 6. 1871 steht nur dem unmittelbar Geschädigten, also dem verletzten Kinde, gegen die Beklagte zu. (Komm. der RG. Räte 2. Aufl., § 823 Anm. 11, Staudinger BGB. 7. und 8. Aufl. § 823 IV a.) Die Mutter des Kindes würde nur möglicherweise einen Anspruch aus auftragloser Geschäftsführung oder ungerechtfertigter Bereicherung gegen die Beklagte haben, falls sie den eingeklagten Betrag für das Kind aufgewendet hätte und die sonstigen Voraussetzungen der §§ 676 fg., 812 fg. BGB. vorlägen. Das ist aber nicht der Fall. Der bei der Klägerin (Krankenkasse) versicherten Mutter des Kindes steht also keinerlei Anspruch gegen die Beklagte zu, der nach § 1542 RVO. auf die Klägerin hätte übergehen können. Das Kind, dem ein Schadenersatzanspruch gegen die Beklagte zusteht, ist nicht bei der Klägerin versichert. Die Klägerin hat lediglich die Mutter des verletzten Kindes durch Familienhilfe unterstützt. Der Anspruch des Kindes fällt also gleichfalls nicht unter § 1542 RVO.

Der von der Klägerin angezogene Fall der Zeitschrift „Arbeiter-Versorgung" Jahrgang 33 Heft 25 S. 597 Nr. 11 liegt insofern anders, als dort der § 844 BGB. anwendbar ist, der ausdrücklich einen Schadenanspruch der Hinterbliebenen des toten Kindes gewährt, also einen Schadenanspruch, der einem anderen als dem unmittelbar durch die uner-

Digitized by Google

laubte Handlung Betroffenen zusteht. Dieser Anspruch der Hinterbliebenen geht, wie § 1542 der RVO. ausdrücklich bestimmt, auf die Kasse über. Ein solcher Fall liegt aber hier nicht vor, da § 823 BGB., §§ 1, 3a des Gesetzes vom 7. 6. 1871 nur dem unmittelbar Verletzten einen Schadenanspruch gegen den Verletzer gewähren, wie ausgeführt wurde.

Die Klägerin würde also lediglich Ersatz des für das Kind aufgewendeten Betrages begehren können, wenn das verletzte Kind, vertreten durch seinen gesetzlichen Vertreter, den ihm gegen die Beklagte zustehenden Schadenanspruch an sie abträte, der durch die Aufwendung der Kosten für das Heilverfahren durch die Beklagte nicht berührt wird. (Komm. der RG. Räte 2. Aufl. § 843 Anm. 8, Staudinger BGB. 7. und 8. Aufl. § 843 Anm. 5), gegebenenfalls auch aus ungerechtfertigter Bereicherung oder auftragloser Geschäftsführung, falls die Klägerin die Klage in dieser Richtung schlüssig begründen würde, was bisher noch nicht geschehen ist. (Vgl. Warneyer, Ergänzungsband 1909 S. 80, Jur. Wochenschrift 1909 S. 137, 1910 S. 389, 811; RG. Band 47 S. 211, Band 65 S. 162.) Demnach war die Klage mit der in §§ 91, 698 ZPO. bestimmten Kostenfolge anzuweisen.

Die Kriegs-Familienunterstützung ist so zu bemessen, daß armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit nicht vorliegt.

Entscheidung des **Bundesamts f. d. Heimatwesen** v. 14. Oktober 1916.

Das Bundesamt hat in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten, daß durch die den Angehörigen von Kriegsteilnehmern auf Grund des Gesetzes vom 28. Februar 1888/4. August 1914 zu gewährende Unterstützung jede Hilfsbedürftigkeit in Fortfall kommen muß. Wenn daher bei unehelichen Kindern andere Personen, die zur Gewährung des vollen Unterhalts verpflichtet und in der Lage wären, nicht in Betracht kommen, so hat der Lieferungsverband über die Mindestsätze hinaus für den vollen Unterhalt zu sorgen. Dazu gehört bei Kindern auch Wartung und Pflege. Die Unterstützung ist daher so hoch zu bemessen, daß auch Wartung und Pflege, gleichviel auf welchem Wege, davon bestritten werden kann. Dabei kann es keinen Unterschied begründen, ob sich die Kinder bei der Mutter oder bei anderen Leuten in Pflege befinden. Ist aber für die Kinder durch den Lieferungsverband in vollem Umfang gesorgt, so kann das Vorhandensein der Kinder allein niemals eine Hilfsbedürftigkeit der Mutter begründen. Denn wenn eine Trennung der Kinder von der Mutter an der — vorliegend übrigens gar nicht einmal feststehenden — Weigerung der Mutter scheitert, und wenn die Kinder ihres jugendlichen Alters wegen ständiger Wartung und Pflege durch die Mutter bedürfen, so gehört diese Wartung und Pflege derart zu dem Unterhalt der Kinder, daß sie durch den Lieferungsverband gewährleistet werden muß. Die Mutter muß dann durch die den Kindern zu zahlende Kriegsunterstützung in den Stand gesetzt werden, für Wartung und Pflege der Kinder zu sorgen. . . . Die eingeklagte Unterstützung ist nach der Darstellung des Klägers gewährt worden, um die Mutter, die sich allein hätte unterhalten können und müssen, in den Stand zu setzen, ihren Kindern Pflege und Wartung zu gewähren, und hat deshalb keinen armenrechtlichen Charakter.

Sprechsaal.

Lohnerhöhungen und Teuerungszulagen während des Krieges im Rentenverfahren.

Durch die Kriegsverhältnisse, insbesondere durch den Mangel an Arbeitskräften sind die Betriebe vielfach zur Einstellung von verletzten und nicht völlig arbeitsfähigen Personen, außerdem infolge allgemeiner Teuerung zur Bewilligung von nicht unwesentlichen Lohnerhöhungen oder Teuerungszulagen behufs Erhaltung des Arbeiterbestandes gezwungen. Die Erwerbsfähigkeit der Rentenberechtigten und die Höhe ihres Erwerbs wird fortgesetzt von den Versicherungsträgern (Berufsgenossenschaften und Landesversicherungsanstalten) geprüft, um geeigneten-falls die Renten zu kürzen oder ganz in Wegfall zu stellen; die Höhe des Erwerbs ist auch für die Bewilligung der Renten erheblich.

Während in gewöhnlichen Zeiten aus der Höhe des Verdienstes ein sachgemäßer Rückschluß auf den körperlichen Zustand des Arbeiters und seine Arbeitsfähigkeit zulässig erscheint, kann zurzeit ein solcher nicht ohne weiteres erfolgen; es wird vielmehr auf Feststellung ankommen, wie hoch sich an dem Beschäftigungsort im Durchschnitt die Teuerungszulagen infolge veränderter Lebensbedingungen belaufen. Der diesem Ergebnis entsprechende Teil der Lohnsteigerung muß für die Frage der Erwerbsfähigkeit außer Betracht bleiben. Es ist ferner zu prüfen, ob die Tätigkeit der Rentenberechtigten als eine im vaterländischen Hilfsdienst anzusehen ist, also festzustellen, ob der Betrieb, in welchem der Rentenberechtigte arbeitet, als vaterländischer Hilfsdienst anzusprechen ist. (§ 2 Reichsgesetz vom 5. 12. 1916.) Ist dies der Fall, so ist seine Tätigkeit wie der dabei erzielte Lohn für die Frage, ob und in welchem Maße der Arbeiter durch den Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt ist, oder ob und inwieweit Erwerbsfähigkeit vorliegt, im Rentenverfahren nicht zu verwerten. (§§ 13, 16 der Verordnung v. 24. 12. 1916.)

Die Versicherungsträger werden gut tun, die um Ausstellung von Gutachten ersuchten Ärzte auf diese Gesichtspunkte und auf die in jedem einzelnen Fall ermittelten Umstände hinzuweisen, damit nicht unzulässiger Weise aus dem mehr oder minder erhöhten Erwerbe auf Besserung des körperlichen Zustandes

Digitized by Google

oder vermehrte Erwerbsfähigkeit geschlossen wird, wie man dies manchmal in solchen Gutachten findet.

Für die Krankenversicherung kommt die hier angeregte Frage nicht in Betracht, denn Teuerungszulagen sind immerhin „Entgelt" für die Arbeit. (§§ 160, 180 und 318 Abs. 2 RVO., ArbVers. 1916 S. 582, 1917 S. 350, 490.)

Baum, Geh. Justizrat,
Stellv. Vors. des Versicherungsamt der Stadt Görlitz.

Die Krankenversicherung der selbständigen Gewerbetreibenden.

Im Heft 3 S. 52 ff. der ArbVers. 1917 ist über die neuerdings wieder in Fluß gekommenen Bestrebungen berichtet, die Krankenversicherung der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden umzugestalten. Inzwischen hat sich in der Angelegenheit vieles, sogar entscheidendes zugetragen. Zunächst ist nachzutragen, daß aus den Kreisen der Handwerker heraus die Forderung der Einführung der Versicherungspflicht für die selbständigen Handwerker vielfach erhoben wurde. So beschloß eine Konferenz von Handwerkskammervertretern in Hannover, den deutschen Handwerks- und Gewerbekammertag zu ersuchen, bei den maßgebenden Stellen für eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die selbständigen Handwerker wirken zu wollen. Der Kammertag hat daraufhin auch am 25. Februar 1917 in Halle a. S. eine Konferenz abgehalten, die sich lediglich mit der Frage beschäftigte. Prof. Bruck, Hamburg, hielt einen eingehenden Vortrag über „Die zukünftige Organisation der Krankenversicherung für den gewerblichen Mittelstand". Er sprach für Ausdehnung der Versicherungspflicht. Die Versammlung bildete eine Kommission, die den Anregungen nachgehen und die Ausarbeitung eines Entwurfs vorbereiten soll, der sich an die Reichsversicherungsordnung anschließt. In der Berliner Handwerkskammer sprach Obermeister Rahardt über die Frage. Er verlangte Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle selbständigen Gewerbetreibenden, soweit sich ihr Einkommen auf weniger als 4000 bis 6000 ℳ beläuft. Eingehendes Material über die ganze Frage enthält noch das „Deutsche Handwerksblatt" Heft 2, Jahrgang 1917.

In der Hauptsache laufen die Wünsche darauf hinaus, daß für die Versicherung der selbständigen Handwerker „eine von der Versicherung nach der Reichsversicherungsordnung und für die Angestellten getrennte Versicherungsanstalt eingerichtet wird." Die selbständigen Versicherungsträger seien nötig, weil die Einrichtungen der Ortskrankenkassen ganz auf die Verhältnisse der Arbeiter zugeschnitten seien. Es müsse für ganz Deutschland eine besondere Handwerkerkrankenkasse, ähnlich wie eine Berufsgenossenschaft mit Sektionen, eingerichtet werden. Jetzt, wo sich die Organisation des Handwerks in der Umgestaltung befindet, sei der Zeitpunkt zu solchen Maßnahmen geeignet. Der gewerbliche Mittelstand müsse unter allen Umständen seine wirtschaftliche und politische Selbständigkeit aufrecht zu erhalten suchen. Aus den Kreisen der Vertreter der Ortskrankenkassen haben diese Bestrebungen Widerspruch gefunden. Von diesen ist verlangt worden, daß die kleinen Gewerbetreibenden restlos in die auf Grund der Reichsversicherungsordnung bestehenden Zwangskassen aufgenommen werden. Die soziale Versicherung sei bereits so kompliziert und vielgestaltig, daß unmöglich noch neue Gebilde errichtet werden könnten. In der sozialen Versicherung gebe es auch keine Berufs- und Standesinteressen zu vertreten.

Dieser Meinungsaustausch ist wenigstens vorläufig hinfällig geworden. Auf eine Anfrage gab im Reichstag Dr. Caspar, Direktor im Reichsamt des Innern, eine Erklärung zu der Frage ab. Es sei auf einer Konferenz des Handwerks- und Gewerbekammertags, so meinte er, eine Beunruhigung entstanden, weil man der Meinung ist, es würde in den Kreisen der Reichsleitung erwogen, für die selbständigen Handwerksmeister die Pflichtversicherung der Reichsversicherungsordnung einzuführen. „Es hat sich an diese Besorgnis dann eine Bewegung geknüpft, die dahin geht, um einer solchen Entwicklung vorzubeugen, für die selbständigen Handwerksmeister besondere Kassen einzurichten, die als Ersatzkassen für die Pflichtversicherung eintreten sollen. Ich kann den Herrn Abgeordneten in bezug auf den Ausgangspunkt dieser Befürchtungen beruhigen. Es ist im Reichsamt des Innern wie auch im preußischen Handelsministerium nichts davon bekannt, daß die Absicht bestände, die Krankenversicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung auf die selbständigen Handwerksmeister auszudehnen. Insofern ist also der Ausgangspunkt dieser Befürchtungen nicht vorhanden." (Vgl. Stenogramm der 88. Sitzung des Reichstages 1917 S. 2601.)

Es ist daraufhin wohl anzunehmen, daß auch in der nächsten Zeit sich die Gesetzgebung nicht mit der Angelegenheit beschäftigen wird. Der Geschäftsführende Ausschuß des Deutschen Handwerks- und Gewerbekammertags hat daher in einer Sitzung am 1. Juni 1917 in Danzig erneut Stellung zu der Frage genommen und sich dahin geeinigt, der Vollversammlung, die im September 1917 zusammentritt, folgende Entschließung vorzulegen:

„Der 18. deutsche Handwerks- und Gewerbekammertag wolle angesichts der Tatsache, daß sich das Bedürfnis nach einer ausreichenden Fürsorge in Krankheits- und Sterbefällen zugunsten der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden nach dem Kriege noch fühlbarer als vorher machen dürfte, beschließen:

1. Unter Hinzuziehung der Kammer- und der Gewerbevereinsverbände wird für das Gebiet des Deutschen Reiches eine Reihe großer, leistungsfähiger, auf Gegenseitigkeit beruhender Krankenkassen durch Ausbau bestehender und Errichtung neuer Versicherungseinrichtungen geschaffen. Die Versicherungseinrichtungen sollen unter Wahrung ihrer Selbständigkeit und ihrer örtlichen Eigentümlichkeiten möglichst nach einheitlichen Grundsätzen gemäß der Mustersatzung des deutschen Handwerks- und Gewerbekammertages Krankenversicherung, möglichst im Umfange der Regelleistungen der Reichsversicherungsordnung gewähren, wobei insbesondere die Krankenpflege als hauptsächlichste Leistung in den Vordergrund zu stellen ist.

2. Um eine möglichst große Einheitlichkeit in der Geschäftsführung dieser Krankenkassen zu gewähren, soll ein „Verband der Krankenkassen für selbständige Handwerker und Gewerbetreibende" nach der Verbandssatzung errichtet werden, der im Laufe der Zeit einen Ausgleich unter den Kassen im Wege der Rückversicherung anzustreben hat. Der „Verband" wird dem deutschen Handwerks- und Gewerbekammertag angegliedert, der auch seine Geschäftsführung besorgt. Die alljährliche Hauptversammlung des Verbandes soll tunlichst gleichzeitig mit der des Kammertages abgehalten werden.

3. Für den Betrieb der Todesversicherung (Sterbe-

Digitized by Google

geldversicherung) soll aus versicherungstechnischen Gründen die Zentralisierung in einem Versicherungsunternehmen für das Gebiet des Deutschen Reiches angestrebt werden."

Die Forderung einer Zwangsversicherung der kleinen Gewerbetreibenden ist hier leider fallen gelassen worden. Es soll wieder zur Selbsthilfe gegriffen werden. Es wiederholen sich hier die schon einmal erlebten Vorgänge. Als die Forderungen der deutschen Handwerkertage von 1902 und 1903 auf Einführung der Zwangsversicherung für den gewerblichen Mittelstand von der Reichsregierung abgelehnt wurden, wollte man auch zur Selbsthilfe greifen. Mit welchem geringen Erfolg das damals geschah, ist bekannt. Der neuen „Offensive" wird es nicht besser gehen.

Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Verordnung über die Todeserklärung Kriegsverschollener

laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. April 1916, deren wesentlichen, auch für die Sozialversicherung wichtigen Inhalt wir im Jahrg. 1916 S. 329 mitgeteilt haben, ist laut Bekanntmachung des Reichskanzlers v. 9. August 1917 (RGBl. S. 702 ff.) abgeändert und in der neuen Fassung bekannt gemacht worden. Im wesentlichen handelt es sich dabei um die Neuerung, daß der Staatsanwalt im Verfahren zuzuziehen und in gewissen Fällen auch selbst antragsberechtigt ist; ferner um die Einführung eines Berichtigungsverfahrens für den Fall, daß im Ausschlußurteile der Zeitpunkt des Todes unrichtig festgestellt worden ist.

Der Altersaufbau der gewerblichen Lohnarbeiter in Deutschland, verglichen mit dem in Österreich und Frankreich.

Wie im vergangenen Jahrzehnt der Kinder-, insbesondere der Säuglingssterblichkeit mit zielbewußten, weitblickenden sozialpolitischen Maßnahmen auf allen in Frage kommenden Gebieten entgegengetreten worden ist, so wurden, nachdem die Erkenntnis von dem Wert und der Bedeutung des in der Arbeitskraft des Volkes aufgespeicherten Nationalkapitals immer breiteren Boden gefaßt hat, auch bald Stimmen dafür laut, am entgegengesetzten Ende der menschlichen Entwicklungsstufe den Hebel anzusetzen, um eine möglichst große Langlebigkeit jedes einzelnen Gliedes des Volksganzen herbeizuführen und damit auch die Dauer der Erwerbstätigkeit der berufstätigen Bevölkerung in gewissen Grenzen vorteilhaft zu beeinflussen. Es wurde mit allem Ernst, und zwar nicht nur in Deutschland, an die Lösung der Aufgabe herangetreten, da die zunehmende Industrialisierung der modernen, in die Weltwirtschaft immer enger verflochtenen Kulturstaaten in ihnen allen die Frage des „alternden" Arbeiters („old man's problem") geschaffen hat. Wissenschaft und Praxis waren und sind bemüht, die noch immer offene Frage zu beantworten, ob der Arbeiter, nachdem er das Höchstmaß seiner Leistungs- und Schaffensfähigkeit erreicht und überschritten hat, noch in der gleichen oder wenigstens in einer gleichartigen bzw. gleichwertigen Stellung verbleibt, oder ob ihm eine weniger einträgliche, seinen Kenntnissen und Fähigkeiten nicht entsprechende Beschäftigung zugewiesen wird, oder endlich ob er durch jüngere, noch nicht abgearbeitete Kräfte verdrängt und damit arbeitslos wird. Die theoretische Lösung des Problems fordert zunächst die einwandfreie Beantwortung der Unterfragen, wann der Arbeiter das Höchstmaß seiner Leistungsfähigkeit erreicht, wann er es überschreitet, welche Umstände für den Eintritt des Zeitpunktes der höchsten Leistungsfähigkeit von allgemeiner und welche von besonderer Bedeutung sind. Diese mit der Physiologie und Psychologie der Arbeit im engsten Zusammenhang stehenden Fragen versuchte, als diesem wichtigen Teil der sozialen Frage erhöhte Aufmerksamkeit zugewandt wurde, bereits der Verein für Sozialpolitik zu beantworten, der durch seine 1910—12 veröffentlichten Untersuchungen über „Auslese und Anpassung der Arbeiterschaft in den verschiedenen Zweigen der Großindustrie" (Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Bd. 133—136) Klarheit in die Frage des Altersaufbaues der Industriearbeiter zu bringen sich bemühte. Die aus diesen Untersuchungen vielfach gezogenen Schlüsse können jedoch, da es sich bei diesen ersten Versuchen auf einem verwickelten Forschungsgebiet nur um ein verhältnismäßig kleines Beobachtungsfeld handelte, nicht als einwandfrei und vor allen Dingen nicht als für die Allgemeinheit zutreffend betrachtet werden. Man glaubte auf Grund dieser Untersuchungen feststellen zu können, daß „das 40. Jahr im ganzen den entscheidenden Knick des Berufsschicksals der Arbeiter darstelle". Diese Feststellung ist jedoch keineswegs durch die Unterlagen genügend gestützt, aus denen sich überhaupt noch nicht bestimmte Schlüsse für allgemeine soziale Erscheinungen ziehen lassen. Einen wichtigen weiteren Schritt dem Ziele näher bedeutete es daher, als im Jahre 1912 durch das preußische Ministerium für Handel und Gewerbe angeordnet wurde, daß die Gewerbeaufsichtsbeamten eine umfassende Untersuchung über das Alter der männlichen Arbeiter in den wichtigsten Gewerbezweigen in ihre Berichte mitaufnehmen sollten. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen wurden vom Kaiserlichen Statistischen Amt im Jahrgang 1914 des „Reichsarbeitsblatts" (Hefte 3 und 4 nebst Sonderbeilage zu Heft 4) eingehend dargestellt. Im Anschluß an diese Abhandlungen wurde das Lebensalter der Industriearbeiter in den wichtigsten Berufsgruppen und -arten nach den Ergebnissen der Berufszählung vom 12. Juni 1907 ebenfalls im „Reichsarbeitsblatt" (Jahrgang 1914, Hefte 5 bis 8) einer Betrachtung unterzogen. Es wurde in diesen beiden Aufsatzgruppen betont, daß auch die Untersuchungen der Gewerbeaufsichtsbeamten und die Bearbeitung der einschlägigen Ergebnisse der Berufszählung von 1907, soweit sie die Altersgliederung der gewerblichen Lohnarbeiter betreffen, eine sichere und eindeutige Beantwortung der Frage nach dem Schicksal der alten Arbeit nicht zulassen. Immerhin boten namentlich der Vergleich nach Industrien und die Feststellungen der Gewerbeaufsichtsbeamten einige Anhaltspunkte für die Gründe der beobachteten Verschiedenheiten. Nunmehr hat das Kaiserliche Statistische Amt eine Fortsetzung der Untersuchungen in einem Sonderbeilageheft zum „Reichsarbeitsblatt" erscheinen lassen, in dem die Altersgliederung der gewerblichen Lohn-

Digitized by Google

arbeiter Deutschlands mit der in Österreich und Frankreich verglichen wird (28 Seiten, Karl Heymanns Verlag, Berlin). Der Darstellung, die sich auch auf die Altersgliederung der Lohnarbeiterschaft in einzelnen wichtigen Gewerbegruppen erstreckt, sind für Deutschland die Ergebnisse der Berufszählung vom 12. Juni 1907, für Österreich die der Volkszählung vom 31. Dezember 1900 und für Frankreich die der Volkszählung vom 4. März 1906 zugrunde gelegt.

Eine solche statistische Vergleichung bietet mannigfache Schwierigkeiten. Vor allem ist die nicht einheitliche Bildung der Altersgruppen und die verschiedene Einteilung der Berufsgruppen seitens der statistischen Zentralbehörden der drei Länder ein die Vergleichbarkeit des Altersaufbaues der gewerblichen Lohnarbeiter erschwerender Umstand. Ferner muß stets im Auge behalten werden, daß die Altersgliederung der Gesamtbevölkerung in den zum Vergleich herangezogenen Ländern sehr verschieden ist, woraus sich die Altersunterschiede bei den Lohnarbeitern zum Teil ohne weiteres ergeben. Wenn beispielsweise in Frankreich die höchsten Altersklassen unter den gewerblichen Lohnarbeitern stärker vertreten sind als in Deutschland und Österreich, so darf man hieraus nicht den Schluß ziehen, daß der französische Arbeiter langlebiger sei als der deutsche und österreichische, sondern ein Blick auf die eigentümliche Altersverteilung der Gesamtbevölkerung in dem eines starken Nachwuchses entbehrenden Frankreich zeigt eine Überlegenheit des Anteils der über 40, über 50 und über 60 Jahre alten Männer überhaupt gegenüber dem Anteil der gleichen Klassen in Deutschland und Österreich, die noch viel erheblicher ist als diejenige, die sich bei den Lohnarbeitern zeigt. Tatsächlich bleibt also der Anteil der alten Arbeiter in Frankreich stärker hinter dem der alten Männer überhaupt zurück als in Deutschland und Österreich, das Berufsschicksal des Arbeiters endet dort früher — ob durch Tod oder durch Übergang zu anderen Berufen (Selbständigen, Rentnern usw.), bleibe dahingestellt. Beachten muß man auch, daß der Anteil der gewerblichen Lohnarbeiter an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Ländern sehr verschieden ist. In Deutschland waren von der männlichen Gesamtbevölkerung am Tage der Berufszählung i. J. 1907 — 30 457 980 — 13 664 834 im Alter von unter 20 Jahren, 5 121 882 im Alter von 20 bis unter 30 Jahren, 4 220 293 im Alter von 30 bis unter 40 Jahren, 3 177 104 im Alter von 40 bis unter 50 Jahren, 2 167 715 im Alter von 50 bis unter 60 Jahren und 2 106 152 60 und mehr Jahre alt. Für die Altersgliederung der gewerblichen Lohnarbeiter, d. h. derjenigen Arbeiter, die in der gesamten Industrie beschäftigt sind, ergibt sich, daß in Deutschland i. J. 1907 die Zahl der männlichen gewerblichen Lohnarbeiter 7 003 093 betrug. Davon waren 1 662 145 unter 20 Jahre alt; nahezu ein Drittel, nämlich 2 165 357 standen im Alter von 20 bis unter 30 Jahren, 1 561 692 im Alter von 30 bis unter 40 Jahren, 938 329 im Alter von 40 bis unter 50 Jahren, 471 705 im Alter von 50 bis unter 60 Jahren und 203 865 im Alter von 60 und mehr Jahren. Vergleicht man den Altersaufbau der Gesamtbevölkerung mit dem der gewerblichen Lohnarbeiter, so kann nicht erwartet wreden, daß letzterer dem ersteren entspricht. Denn die Kinder sind unter den Lohnarbeitern wie überhaupt unter den Erwerbstätigen natürlich nicht annähernd so stark vertreten wie unter der Gesamtbevölkerung. Dann aber müssen auch die höchsten Altersstufen bei den Lohnarbeitern schwächer vertreten sein, weil eine bedeutende Zahl von Lohnarbeitern in gehobene Stellungen gelangt, es zum Werkmeister, gelegentlich auch zum selbständigen Gewerbetreibenden bringt, sich auch mitunter in der Landwirtschaft, im Handels- und Gastwirtschaftsgewerbe selbständig macht, und somit diese Angestellten und Selbständigen, wie die Arbeitsunfähigen und diejenigen, die in der Lage sind, sich verhältnismäßig bald zur Ruhe zu setzen, bei den höheren Altersklassen der Lohnarbeiter nicht in die Erscheinung treten. Die folgenden Prozentzahlen zeigen für die Vergleichsländer in Reihe a die Altersgliederung der männlichen Gesamtbevölkerung, in Reihe b die der männlichen gewerblichen Lohnarbeiterschaft, in Reihe c die Unterschiede, welche die Altersanteile der letzteren gegen die ersteren aufweisen, und in der vierten Reihe d, wieviel vom Hundert der männlichen Gesamtbevölkerung jeder Altersklasse gewerbliche Lohnarbeiter sind:

Altersklassen in Jahren*)

	bis unter 20	20 bis unter 30	30 bis unter 40	40 bis unter 50	50 bis unter 60	60 und mehr
			Deutschland			
a	44,8	16,8	13,9	10,4	7,1	7,0
b	23,8	30,9	22,3	13,4	6,7	2,9
c	— 21,0	+ 14,1	+ 8,4	+ 3,0	— 0,4	— 4,1
d	12,2	42,3	37,0	29,5	21,8	9,7
			Österreich*)			
a	46,3	16,1	12,7	10,3	7,7	6,9
b	27,3	30,0	18,8	12,6	7,4	3,9
c	— 19,0	+ 13,9	+ 6,1	+ 2,3	— 0,3	— 3,0
d	8,4	26,5	21,2	17,6	13,6	8,1
			Frankreich			
a	34,8	16,1	14,5	12,6	10,0	11,8
b	21,9	26,1	21,4	15,5	9,3	5,7
c	— 12,9	+ 10,0	+ 6,9	+ 2,9	— 0,7	— 6,1
d	8,3	21,4	19,4	16,1	12,2	6,3

Hiernach ist der Anteil der Jugendlichen (bis 20 Jahre) an der männlichen Gesamtbevölkerung (Reihe a) am größten in Österueich, wenig niedriger in Deutschland, ganz bedeutend geringer aber in Frankreich. Bei der gewerblichen Lohnarbeiterschaft (Reihe b) ist die Reihenfolge der drei Länder zwar die gleiche, in Deutschland aber bleibt der Anteil der Jugendlichen an der gewerblichen Lohnarbeiterschaft weit mehr hinter dem in Österreich zurück, als der Unterschied der Jugendlichenanteile an der Gesamtbevölkerung beträgt, und in Frankreich ist der Anteil der Jugendlichen an der Lohnarbeiterschaft gar nicht sehr viel geringer als in Deutschland. Frankreich weist also verhältnismäßig sehr viel, Deutschland sehr wenig jugendliche Arbeiter auf. In Deutschland bleibt der Jugendlichenanteil an der gewerblichen Lohnarbeiterschaft hinter dem an der Gesamtbevölkerung (nach Reihe c) um 21,0, in Österreich nur um 19,0, in Frankreich aber gar nur um 12,9 zurück. In der folgenden Altersklasse der 20- bis 30 jährigen sind die Anteile an der männlichen Gesamtbevölkerung in allen drei Ländern sehr ähnlich, in Österreich und Frankreich sogar gleich groß. Auch die Anteile dieser Altersklasse an der gewerblichen Lohnarbeiterschaft männlichen Geschlechts sind in Deutschland und Österreich wenig verschieden, und dementsprechend weichen die Unterschiede in den beiden Ländern wenig voneinander ab. In Frankreich jedoch übertrifft der Anteil dieser Altersklasse bei der Lohnarbeiterschaft den bei der Gesamtbevölkerung weit weniger als in

*) Bei Österreich ist die Abgrenzung der Altersklassen: bis 20, 21 bis 30, 31 bis 40, . . ., über 60.

Digitized by Google

Deutschland und Österreich (+ 10,0 gegen + 14,1 bzw. + 13,9). Zeigt von den drei Ländern in dieser Altersklasse Deutschland den stärksten Vorsprung der Lohnarbeiterschaft gegenüber der männlichen Gesamtbevölkerung, so gilt dies in noch höherem Maße von der Altersklasse der 30- bis 40jährigen (+ 8,4 gegen + 6,1 in Österreich und + 6,9 in Frankreich). Zur Klasse der 40- bis 50jährigen gehören von den französischen Lohnarbeitern 15,5 v. H., von den deutschen 13,4, von den österreichischen 12,6 v. H. Aber Deutschland steht am günstigsten da, wenn man den Vergleich mit der Gesamtbevölkerung zieht: gegenüber deren Altersgliederung ist nämlich der Lohnarbeiteranteil in Deutschland um 3,0 zu groß, in Frankreich um 2,9 und in Österreich nur um 2,3. In der Altersklasse der 50- bis 60jährigen bleibt in allen drei Ländern ihr Anteil an der Lohnarbeiterschaft ein wenig hinter ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung zurück, nämlich in Deutschland um 0,4, in Österreich um 0,3 und in Frankreich am meisten mit 0,7. Noch ausgeprägter aber findet sich die gleiche Reihenfolge in der Klasse der über 60 Jahre alten Männer. In Deutschland gehören ihr 7,0 v. H. der männlichen Gesamtbevölkerung, aber nur 2,9 v. H. aller Lohnarbeiter an, also um 4,1 weniger; in Österreich sind es 6,9 v. H. aller Männer und immerhin 3,9 v. H. der Lohnarbeiter, also nur 3,0 weniger, in Frankreich dagegen, in dem nicht weniger als 11,8 v. H. aller Männer 60 Jahre alt und älter sind, gehören nur 5,7 v. H. aller Lohnarbeiter oder um 6,1 weniger zu dieser Altersklasse. Hiernach finden sich im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung die meisten ganz alten Arbeiter in Österreich, die wenigsten in Frankreich.

Je nach der Bedeutung des Gewerbes in einem Lande, namentlich in seinem Verhältnis zur Landwirtschaft, aber auch je nach dem Grade der Entwicklung des großkapitalistischen Betriebs, der die Zahl der Selbständigen zugunsten derjenigen der Lohnarbeiter vermindert, muß das Zahlenverhältnis der gesamten gewerblichen Lohnarbeiterschaft zur Gesamtbevölkerung sehr verschieden sein. Vom Hundert der männlichen Gesamtbevölkerung sind in Deutschland 23, in Österreich nur 14 und in Frankreich 13 gewerbliche Lohnarbeiter. In Deutschland ist also der Anteil der gewerblichen Lohnarbeiter an der Gesamtbevölkerung ungleich höher als in Österreich und Frankreich, und daß sich die gleiche Erscheinung bei den einzelnen Altersklassen zeigt, war von vornherein zu erwarten. So ist der Anteil der gewerblichen Arbeiterschaft an der gesamten männlichen Bevölkerung der jüngsten Altersklasse (nach Reihe d der oben gegebenen Übersicht) in Deutschland mit 12,2 v. H. höher als in Österreich und Frankreich mit 8,4 bzw. 8,3 v. H., aber doch nicht so viel, wie man nach der Verschiedenheit der Anteile dieser Altersklasse an der Gesamtbevölkerung erwarten müßte. Ist also verhältnismäßig die Zahl der jugendlichen gewerblichen Arbeiter in Deutschland geringer, so übt dagegen auf die 20- bis 30jährigen Männer die gewerbliche Lohnarbeit in Deutschland und Österreich eine unverhältnismäßig größere Anziehungskraft aus als in Frankreich. Sind es doch in Deutschland nicht weniger als 42,3 v. H. sämtlicher männlicher Personen dieser Altersklasse, die sich gewerblicher Lohnarbeit zugewendet haben, fast doppelt so viel wie in Frankreich (21,4 v. H.), dessen Anteil auch von Österreich (26,5 v. H.) stark übertroffen wird. In den Altersklassen der 30- bis 40- und der 40- bis 50jährigen ist gleichfalls der österreichische Anteil der gewerblichen Lohnarbeiter größer als der französische, und beide werden sehr stark vom deutschen übertroffen. Als bemerkenswert erscheint aber, daß in allen drei Ländern der Anteil der gewerblichen Arbeiter an der Bevölkerungsschicht der Altersklasse von 40 bis 50 Jahren noch erheblich größer ist als der durchschnittliche Arbeiteranteil an der Gesamtbevölkerung, wenn er auch geringer ist als der Arbeiteranteil in den beiden vorhergehenden Altersklassen. In der Altersklasse von 50 bis 60 Jahren bleiben die Anteile in allen drei Ländern ein wenig — und zwar ungefähr in gleichem Verhältnis — hinter den Durchschnittsanteilen der gewerblichen Arbeiterschaft zurück. Sehr viel erheblicher ist in allen drei Ländern das Zurückbleiben des Anteils der 60 und mehr Jahre alten gewerblichen Arbeiter an der betreffenden Bevölkerungsschicht hinter dem durchschnittlichen Arbeiteranteil an der Gesamtheit der männlichen Bevölkerung. Aber das verhältnismäßige Sinken des Anteils ist am geringsten in Österreich, am größten in Deutschland. Die verhältnismäßig schwache Vertretung der gewerblichen Arbeiterschaft in der höchsten Altersgruppe ist eine gemeinsame Erscheinung in allen drei Vergleichsländern, sie findet sich aber am meisten ausgeprägt in Deutschland. Man wird wohl, bemerkt hierzu das Kaiserliche Statistische Amt, nicht fehlgehen, wenn man als einen Haupterklärungsgrund für diese Unterschiede neben dem verschiedenen Zeitmaß der Industrialisierung das verschiedene Maß der Fürsorge für Invalidität und Alter der Arbeiter in den behandelten Ländern heranzieht, da, je besser diese Fürsorge ist, desto eher der Arbeiter sich zur Ruhe setzen und damit aus dem Arbeiterberuf ausscheiden kann. Unstreitig steht aber auf dem Gebiet der Alters- und Invalidenversicherung Deutschland an der Spitze, während Frankreich erst ganz neuerdings — nach der in Betracht kommenden Zählung — eine Zwangsaltersversicherung eingeführt und bisher sehr unvollkommen durchgeführt hat.

Es ist selbstverständlich, daß in den Kriegsjahren die Altersgliederung der gewerblichen Lohnarbeiterschaft eine ganz bedeutende Verschiebung erfahren hat; die Anspannung der Arbeitskraft des deutschen Volkes hat auch den „alternden" Arbeiter wieder zu neuen Ehren kommen lassen. Trotzdem bleibt das Ergebnis der vom Kaiserlichen Statistischen Amt angestellten Untersuchung, wenn man bedenkt, daß sie sich auf das Jahr 1907 bezieht, für den alten Arbeiter äußerst günstig. Das Statistische Amt selbst faßt das Ergebnis der Untersuchung dahin zusammen, „daß von einem „Lebensknick" im Berufsschicksal des gewerblichen Lohnarbeiters nicht gesprochen werden kann. Es ist vielmehr festzustellen, daß der Rückgang in dem Anteil der gewerblichen Lohnarbeiter an der Gesamtheit der männlichen Bevölkerung der betreffenden Altersschicht in den zum Vergleich herangezogenen Staaten nach dem 40. Lebensjahre keineswegs auffallend größer ist als schon nach dem 30. Lebensjahre. Das Vorhandensein eines Rückgangs des Arbeiteranteils in den höheren Altersschichten der männlichen Bevölkerung ist an sich eine natürliche Erscheinung, die sich schon durch den Übergang älterer Arbeiter zu selbständigen Gewerbetreibenden, Kleinhändlern, Angestellten (Werkmeistern) und zur Gruppe der Rentner erklärt. Ob und wieweit neben diesen Ursachen eine erhöhte Invalidität und Sterblichkeit der Arbeiter infolge einer mit dem Beruf verknüpften Gesundheitsgefahr oder eines raschen Verbrauchs der Körperkräfte besteht, läßt sich auf Grund der vorliegenden Untersuchung nicht beantworten."

Digitized by Google

Feste Kriegsteuerungszuschläge zum Krankengelde?

Ganz allgemein haben sich die durch das Gesetz vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337, ArbVers. 1914 S. 569) auf das Maß der Regelleistungen zurückgeführten Krankengelder angesichts der wachsenden Teuerung als unzulänglich erwiesen, und die Krankenkassen waren daher vielfach bestrebt, dieser Not abzuhelfen. § 1 Abs. 2 des Gesetzes gewährt die Möglichkeit, „höhere Leistungen" einzuführen; es bedarf dazu nur eines Antrags des Vorstandes der Kasse und eines Beschlusses des Versicherungsamts. Hiervon haben manche Kassen in der Weise Gebrauch gemacht, daß sie das Krankengeld in den Grenzen des § 191 RVO. durch einen prozentualen Zuschlag erhöhten. Andere aber haben geglaubt, einen gleichmäßigen, festen, also nicht in einem bestimmten Anteilsverhältnisse zum Grundlohn und zum satzungsmäßigen Krankengeld stehenden Zuschlag gewähren zu dürfen, und manche Versicherungsämter sind auch darauf eingegangen (zu vgl. z. B. „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 289 und „Volkstüml. Zeitschr." 1917 S. 16; zu vgl. auch Kleeis in ArbVers. 1917 Heft 1 S. 5, ferner über Zuschläge für „kinderreiche" Versicherte: Seelmann in „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 398 ff., auch daselbst S. 502). Die Absicht dieser Maßnahmen war gewiß gut, aber rechtliche, auf das nun einmal geltende Gesetz gegründete Bedenken lagen recht nahe (zu vgl. „Betriebskrankenkasse" a. a. O.). Es hat sich denn auch ergeben, daß die wohlwollende Praxis in dieser Form einer kritischen Prüfung durch die berufenen Stellen nicht standhielt. Der „Vorwärts" bringt folgende Mitteilung: Das Oberversicherungsamt Groß-Berlin hatte die Genehmigung zu der von einer Krankenkasse beschlossenen Satzungsänderung versagt, wonach den erwerbsunfähigen Kassenmitgliedern für die Dauer des Krieges eine Erhöhung des Krankengeldes von 30 ₰ täglich gewährt werden sollte. Auf die Beschwerde der Krankenkasse hat das Reichsversicherungsamt durch Entscheidung vom 23. Juni 1917 das Urteil des Oberversicherungsamt bestätigt und ausgeführt, es sei nicht zulässig, in allen Lohnklassen einen festen Geldbetrag von 30 ₰ als Zuschlag zu gewähren, weil das Krankengeld nach § 182 Nr. 2 und § 191 der Reichsversicherungsordnung stets in einem bestimmten Verhältnis zum Grundlohn stehen müsse.

Literarisches.

Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von den Mitgliedern. 7. Band, Berlin 1917, Verlag von Behrend u. Co. XV und 440 Seiten. Preis 8,60 *M*, für Bezieher der „Amtl. Nachr. d. RVA." 6,90 *M*.

Auf die Bedeutung und den besonderen Wert dieser reichhaltigen Sammlung haben wir wiederholt aufmerksam gemacht; wir verweisen namentlich auf die Besprechung im Jahrg. 1916 S. 645, wo der Zweck des Unternehmens und die Art, wie er in den bisher erschienenen Bändern verwirklicht ist, ausführlich gekennzeichnet worden sind. Auch der vorliegende siebente Band bringt wieder sehr reichhaltigen Stoff: 162 Entscheidungen über Rechtsfälle aus allen Gebieten der Reichsversicherung, darunter besonders zahlreiche, die nicht in den Amtl. Nachr. d. RVA. veröffentlicht sind; ferner 5 „Mitteilungen" (betr. Pflicht der Versicherungsanstalten zur Mitteilung von Akten an Krankenkassen, Zulässigkeit von Mitteilung der Kassen an Versicherungsanstalten über Krankheiten der Versicherten. Mitteilungen dieser Art von Ärzten usw. an Versicherungsträger, Unfallversicherungspflicht bei Schutztätigkeit gegen Fliegerangriffe, Beitragspflicht für Kriegsgefangene zur Unfallversicherung); endlich 22 lehrreiche ärztliche Obergutachten namhafter Sachverständiger.

Die Träger der Sozialversicherung und ihre Angehörigen. Von Dr. Erwin Jacobi. Leipzig 1916, Verlag von Felix Meiner. 87 S. Preis 3 *M*.

Die Schrift, ein Beitrag zur Festgabe für Otto Mayer, ist in ihrer Anlage, in der Beherrschung, Durchdringung und wohldurchdachten Anordnung des Stoffes, würdig des großen Verwaltungsrechtslehrers, dem sie gewidmet ist. Sie enthält eine kritische Prüfung der in der Literatur hervorgetretenen Auffassungen des Begriffs der „juristischen Person des öffentlichen Rechts" und im Anschluß daran die Entwicklung der eigenen Auffassung des Verfassers. Er erblickt in den Trägern der Sozialversicherung juristische Personen „öffentlichen" Rechts deshalb, weil sie ins Leben gerufen sind, um die soziale Versicherung als ein Stück öffentlicher Verwaltung in der Weise zu verwalten, wie der Staat selbst seine Verwaltung führt. Es wird unterschieden zwischen öffentlichen Genossenschaften und öffentlichen Anstalten. Zu jenen werden die Berufsgenossenschaften und Krankenkassen, zu diesen die Landesversicherungsanstalten und die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gerechnet. Weiter wird von den „Angehörigen" der Versicherungsträger gehandelt. Dies ist der weitere Begriff; „Mitglieder" im engeren Sinne haben nur die Berufsgenossenschaften und die Krankenkassen; die Arbeitgeber werden auch bei den Krankenkassen nicht bloß als Beteiligte, sondern als eigentliche Mitglieder angesehen, selbstverständlich aber unter Anerkennung der Notwendigkeit, den abweichenden Sprachgebrauch des Gesetzes, das unter Mitgliedern hier immer nur die Versicherten versteht, Rechnung zu tragen. Den Schluß bilden Betrachtungen über die Versicherungsvertreter bei den Versicherungsbehörden und über die besonderen Träger der Unfall- und der Invalidenversicherung (Sonderanstalten, Zweiganstalten, Versicherungsgenossenschaften).

Kriegs- und Friedensrüstung der deutschen Versicherung. Von Prof. Dr. Alfred Manes. Dresden und Leipzig 1917, „Globus", Wissenschaftl. Verlagsanstalt. 74 S. Preis 1,80 *M*.

Die aus der Zusammenfassung von Aufsätzen in einem Vortrag erwachsene Schrift will weite Volkskreise in anspruchsloser und gemeinverständlicher Form über die Leistungen der Privat- und der Sozialversicherung während des Krieges und über ihre Vorbereitung auf die künftige Friedenszeit unterrichten. Die Mannigfaltigkeit der auf den verschiedensten Gebieten und in vielen Richtungen sich aufdrängenden Versicherungsfragen, die im Kriege bewährte Anpassungsfähigkeit der deutschen Versicherung und

Digitized by Google

vieles andere wird hier anschaulich dargestellt. Jedem Leser wird dieser Überblick fesselnde Anregung bieten, und wem die Schrift den Wunsch weckt, sich über einzelne Fragen genauer zu unterrichten, dem wird in den Anmerkungen mit ihren Literaturangaben der Weg hierzu gewiesen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Zur Angestelltenversicherung von Krankenkassenboten und Krankenkassenkontrolleuren.

1. Nach Frankenhausen. Antwort: Ein Kassenbote, der lediglich Gelder gegen Quittungen, die von der Kasse bereits vollzogen sind, einzieht, ist kein Angestellter in gehobener Stellung und unterliegt daher nicht der Angestelltenversicherung. Dasselbe gilt von einem Krankenkontrolleur, der lediglich tatsächliche Feststellungen zu treffen hat, also z. B. nachzusehen hat, ob der Kranke zu Hause ist, nicht verbotswidrig Gastwirtschaften aufsucht und dgl. In der Regel wird sich auf solche Verrichtungen seine Tätigkeit beschränken. Allerdings kommt es auch vor, daß ein Kontrolleur mit Aufgaben betraut ist, die von ihm eine über tatsächliche Feststellungen hinausgehende selbständige Beurteilung der von ihm festgestellten tatsächlichen Verhältnisse erfordert, z. B. wenn er sich gutachtlich darüber zu äußern hat, ob die häusliche Pflege des Kranken genügt, ob sich dessen Überweisung in ein Krankenhaus empfiehlt, ob ein bestimmtes Heilverfahren angebracht erscheint usw. Dann nimmt er eine gehobene Stellung ein und ist versicherungspflichtig. Einen solchen Fall erörtert eine Entscheidung des Rentenausschusses Berlin vom 10. Februar 1915 (ArbVers. 1915 S. 860). Es kommt hiernach immer auf die Beurteilung des einzelnen Falles an. Namentlich wenn das Amt des Kassenboten und des Krankenbesuchers in einer Hand vereinigt sind, wird man Angestelltenversicherungspflicht nur dann annehmen können, wenn die erwähnten gehobenen Aufgaben im Verhältnis zu der mechanischen Betätigung umfangreich genug sind, um die Stellung des Angestellten im ganzen als eine gehobene erscheinen zu lassen.

Zur Krankenversicherung der freiwilligen Erntehelfer.

2. Nach Anklam. Antwort: In dem geschilderten Falle haben sich Schüler höherer Lehranstalten für mehrere Monate zu landwirtschaftlichen Arbeiten freiwillig zur Verfügung gestellt. Sie erhalten dafür freie Station, ein Kleidergeld und ein geringes Taschengeld. Diese Vergütung ist wirtschaftlich von Bedeutung; denn sie genügt, um die Lebensbedürfnisse dieser Erntehelfer in der Hauptsache zu befriedigen; es liegt also eine Beschäftigung gegen Entgelt vor. Daß diese im vaterländischen Hilfsdienst stattfindet, schließt die Krankenversicherungspflicht nicht aus. Denn § 1 Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (ArbVers. 1917 S. 177 ff.) besagt allgemein, daß eine solche Beschäftigung den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung unterliegt. Demgegenüber kann es für die Krankenversicherungspflicht auch nicht von Bedeutung sein, daß jene Personen sonst nicht eine solche Beschäftigung gegen Entgelt auszuüben pflegen, und daß sie diese auch jetzt weniger des Erwerbes wegen, als zum Nutzen der Allgemeinheit ausüben. Vielmehr wird durch das nicht unerhebliche Entgelt die Versicherungspflicht begründet. Der preuß. Ministerialerlaß vom 7. September 1914 (ArbVers. 1914 S. 687) kann jetzt gegenüber der Verordnung vom 24. Februar nicht mehr allgemeine Geltung beanspruchen. Zu vgl. ArbVers. 1917 Heft 19 S. 445.

Durch Verlassen des Kassenbezirkes geht der Anspruch auf Krankengeld nicht verloren.

3. Nach Spandau. Antwort: Der Anspruch auf Krankengeld ist lediglich bedingt durch die infolge Krankheit eingetretene Arbeitsunfähigkeit. Er hat aber nicht zur Voraussetzung den Aufenthalt am Erfüllungsort, also im Kassenbereich oder am Wohnort des Versicherten. Daher besteht er auch dann weiter, wenn der Versicherte den Kassenbereich ohne Erlaubnis oder gar gegen den Willen der Kasse verläßt. Der Versicherte kann auch in solchen Fällen die Übersendung des Krankengeldes — freilich nur auf seine Kosten und Gefahr verlangen. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 10 c zu § 182.)

Erlöschen der freiwilligen Versicherung durch unpünktliche Zahlung der Beiträge.

4. Nach Lütgendortmund. Antwort: Nach der Satzung Ihrer Kasse müssen — wie wir nach Ihrem Schreiben annehmen — freiwillige Mitglieder den Beitrag nachträglich je am Ende eines Monats zahlen. Der Versicherte hat sie aber für Januar bis März 1916 erst am 2. Juni 1916 entrichtet und somit zweimal hintereinander am Zahltage nicht gezahlt. Dadurch war seine Mitgliedschaft erloschen. Sie konnte auch nicht durch die nachträgliche Zahlung wieder zum Entstehen gebracht werden. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 d zu § 314 RVO.) Es besteht also kein Anspruch mehr auf Krankengeld, ebenso wie auf die übrigen Leistungen. Anderseits aber hat das frühere Mitglied die Beiträge zu Unrecht bezahlt, da ja die Mitgliedschaft nicht mehr bestand. Insoweit also ist die Kasse auf seine Kosten ungerechtfertigt bereichert und muß daher jenem die Beiträge erstatten. Sie durfte diese gar nicht mehr annehmen, geschweige denn durch Rechnung einfordern.

Digitized by Google

Voraussetzungen der Krankenhauseinweisung.

5. Nach R. Antwort: Aus Ihrer Anfrage und deren Anlagen ist nichts über die Familienverhältnisse der Versicherten zu entnehmen, die für die Beurteilung des Falles gerade von entscheidender Bedeutung sind. Wenn die Kranke einen eigenen Haushalt hatte oder Mitglied des Haushaltes ihrer Familie war, so bedurfte es ihrer Zustimmung zur Krankenhauseinweisung (§ 184 Abs. 1 Satz 2 RVO.), außer wenn einer der im § 184 Abs. 3 Ziff. 1 bis 4 bezeichneten Gründe vorlag. Ein solcher Grund lag aber am 11. Juni 1917 ersichtlich nicht mehr vor, da der Arzt unter diesem Tage bescheinigt hat, daß Krankenhausbehandlung zur Zeit nicht mehr erforderlich sei. Die Einweisung wäre also, da die Kranke ihre Zustimmung versagte, unter der erwähnten Voraussetzung nicht gerechtfertigt gewesen, so daß die Nichtbefolgung den Verlust des Anspruchs auf Krankengeld nicht nach sich ziehen konnte. Wenn dagegen die Kranke weder einen eigenen Haushalt hatte noch Mitglied des Haushalts ihrer Familie war, so war ihre Zustimmung nicht erforderlich, auch wenn nach dem Gutachten des Arztes nicht gerade die Notwendigkeit der Heilanstaltspflege vorlag (zu vgl. ArbVers. 1917 Heft 20 S. 479 Ziff. 9); die Kranke ging in diesem Falle des Anspruchs auf die Leistungen aus § 182 verlustig, wenn sie der Einweisung keine Folge leistete (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3c zu § 184). Dies setzt allerdings voraus, daß die Einweisung von dem zuständigen Kassenorgan ausging. Das ist grundsätzlich der Vorstand, sofern nicht die Satzung andere Bestimmungen hierüber trifft, insbesondere etwa den Vorsitzenden oder den Geschäftsführer ermächtigt (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 564). Der Kontrolleur (Krankenbesucher) ist als solcher nicht zu der Anordnung befugt. Seiner Anweisung brauchte also die Versicherte nicht ohne weiteres zu folgen. Wenn aber tatsächlich das zuständige Kassenorgan die Krankeneinweisung beschlossen und den Kontrolleur mit einer entsprechenden Mitteilung an die Versicherte beauftragt hatte, so durfte die Versicherte wohl nach seiner Ermächtigung fragen und auch deren Nachweis verlangen, nicht aber die Einweisung schlechthin ablehnen; denn weder für die Anordnung des Vorstandes selbst noch für ihre Mitteilung ist eine besondere Form vorgeschrieben.

Zur Invalidenversicherung der in den Nähstuben des Vaterländischen Frauenvereins beschäftigten Kriegerfrauen.

6. Nach S. Antwort: Der Invalidenversicherungspflicht unterliegen gleich anderen Arbeiterinnen auch die Kriegerfrauen, die vom Vaterländischen Frauenverein gegen Entgelt in Nähstuben beschäftigt werden. Für die Versicherungspflicht wird keineswegs erfordert, daß die Beschäftigung in einem gewerblichen Betriebe stattfinde; sie erstreckt sich also auch auf die Arbeiter von Wohltätigkeitsanstalten. Für die Krankenversicherung bestimmt § 174 RVO., daß auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden. Aber eine entsprechende Vorschrift besteht für die Invalidenversicherung nicht. In dem geschilderten Falle besteht auch keine Versicherungsfreiheit nach der Bekanntmachung vom 27. Dezember 1899. Denn ein täglicher Verdienst von 1 ℳ, also ein monatlicher von etwa 25 ℳ kann nicht als geringfügig angesehen werden. Möglich wäre es an sich, daß die Beschäftigung in einer Nähstube als vaterländischer Hilfsdienst gilt. Hierfür wäre Voraussetzung, daß der Betrieb für Zwecke der Kriegführung oder der Volksversorgung Bedeutung hat. Ob das der Fall ist, entscheiden die für den Hilfsdienst errichteten Ausschüsse (§§ 2, 4 Hilfsdienstgesetz). Aber selbst wenn hiernach vaterländischer Hilfsdienst vorliegt, so bildet dennoch die Invalidenversicherungspflicht die Regel für die darin Beschäftigten. Wer jedoch eine versicherungspflichtige Beschäftigung vor seinem Eintritt in den vaterländischen Hilfsdienst nicht ausgeübt hat und auch nach dessen Beendigung voraussichtlich nicht ausüben wird, wird durch den Hilfsdienst, sofern die sonstigen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllt sind, nur versicherungspflichtig, wenn er binnen zwei Monaten nach Beginn des Beschäftigungsverhältnisses von dem Arbeitgeber die Leistung von Beiträgen verlangt. (Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten §§ 1, 14 in der ArbVers. 1917 S. 177.)

Muß die Militärbehörde einer Krankenkasse Auskunft über die Krankheit eines Versicherten erteilen?

7. Nach Nordhausen. Antwort: Gesetzliche Bedenken bestehen dagegen nicht, daß die Kasse sich an das Generalkommando wende, damit dieses das Lazarett veranlasse, die Krankheit ihres Mitgliedes zu nennen. Von einer bloßen Neugier kann selbstverständlich nicht die Rede sein. Zur Zeit freilich besteht für die Kasse keine unbedingte Notwendigkeit, die Krankheit zu erfahren. Eine solche kann aber mit Rücksicht auf § 202 und auch § 188 RVO. eintreten. Zweckmäßig erscheint es sogar, wenn die Kasse schon jetzt dahingehende Feststellungen trifft, wo diese noch verhältnismäßig einfach sind. Da beim Militär ständig mit Versetzungen — nicht nur des Kranken, sondern auch des behandelnden Sanitätspersonals — zu rechnen ist, so ist es gar nicht ausgeschlossen, daß eine solche Feststellung im Laufe eines Jahres wesentlich erschwert, wenn nicht gar unmöglich wird. Unter Berücksichtigung dieser Umstände halten wir das Lazarett nach § 115 RVO. zur Auskunft sogar für verpflichtet. Es kann sich nicht auf die ärztliche Schweigepflicht berufen. Denn diese verbietet nur die unbefugte Offenbarung dessen, was der Patient dem Arzt anvertraut hat. Die Offenbarung ist aber insoweit befugt, als der, dem sie gemacht wird, ein rechtlich anerkanntes Interesse an ihr hat, und das trifft für die Kasse zu; denn deren Rechte und Pflichten sind bedingt durch die Art der Krankheit. Gegen einen Mißbrauch dieser Kenntnis durch die Kasse schützt den Kranken § 141 RVO. Nur wenn dienstliche Bedenken entgegenständen, könnte die Lazarettverwaltung die Auskunft versagen. Dergleichen ist aber nicht geltend gemacht.

Verwahrung der Krankenkasse gegen die Beschäftigung eines (angeblich) arbeitsunfähig Kranken.

8. Nach S. Frage: Mitglied L. der Krankenkasse für einen Betrieb der Heeresverwaltung, war vom Kassenarzt arbeitsunfähig geschrieben worden. Da L. sich wohl und zur Arbeit kräftig genug fühlte, so beschwerte er sich bei der Aufsichtsbehörde der Krankenkasse, indem er eine privatärztliche Bescheinigung darüber beifügte, daß er gesund sei. Die Behörde entschied, ohne den Vorstand der Kasse und den Vertrauensarzt zur Sache gehört zu haben, daß L. als gesund anzusehen sei und sofort die Arbeit wieder

Digitized by Google

aufzunehmen habe, und wies den Direktor der Behörde, der die Betriebskrankenkasse angegliedert ist, an, sich über den Fall zu äußern. Dadurch wurde auch dem Vorsitzenden und dem Vorstande der Kasse Gelegenheit gegeben, Stellung zu nehmen. In seiner Rückäußerung legte der Vorstand gegen die Entscheidung der Aufsichtsbehörde Verwahrung ein, weil die Kasse zwar kein Interesse daran habe, wenn die Mitglieder möglichst lange krank sind, es aber im wohlverstandenen Interesse der Kasse wie auch des Betriebes liegend erachte, daß die Mitglieder nicht eher wieder zur Arbeit zugelassen werden, ehe sie nicht völlig geheilt sind. Daraufhin ist dem Direktor von der ihm vorgesetzten Behörde, die zugleich auch die Aufsichtsbehörde für die Krankenkasse ist, eröffnet worden, daß der Arbeitgeber in seinen Entschließungen, ob er einen von der Krankenkasse als arbeitsunfähig Bezeichneten trotzdem beschäftigen will, unabhängig von der Kasse sei. „Der Vorstand der Krankenkasse hat weder Veranlassung, noch das Recht, gegen die von der Inspektion verfügte Beschäftigung des L. Verwahrung einzulegen. Satzungsbestimmungen kommen hierbei überhaupt nicht in Frage. Das ist dem Vorstand zu eröffnen. Einer weiteren Rückäußerung bedarf es nicht." Der Vorstand ist nun im Zweifel darüber, wie er sich zu dem Bescheide der „vorgesetzten" Behörde, nicht „Aufsichtsbehörde", gegenüber verhalten soll. Ist es mit den Bestimmungen der RVO. und den Kassensatzungen vereinbar, daß der Arbeitgeber das Recht haben soll, Leute, die arbeitsunfähig geschrieben sind, zu beschäftigen, unabhängig von den Bestimmungen der Satzung?

Antwort: Da die Satzung uns nicht vorliegt, können wir nicht ermessen, gegen welche Bestimmung es verstoßen soll, daß das Mitglied beschäftigt wird, obwohl es nach der Meinung des Kassenarztes arbeitsunfähig sein soll. Weder gegenüber dem Arbeitnehmer noch gegenüber dem Arbeitgeber steht der Kasse das Recht zu, durch die Satzung die Beschäftigung eines Kranken oder Arbeitsunfähigen zu untersagen; eine solche Bestimmung wäre, als ein Eingriff in die Vertragsfreiheit der Beteiligten, ungültig (§ 323 RVO. und Hahn, Handb. der KrVers. Anm. zu § 323). Die vorzeitige, der Anordnung des behandelnden Arztes zuwiderlaufende Aufnahme der Arbeit durch den krank gemeldeten Versicherten könnte nur einen Verstoß gegen die Krankenordnung darstellen und von der Kasse nach § 529 geahndet werden; aber irgendeine Handhabe zum Vorgehen gegen die Behörde, die in ihrer Eigenschaft als Vertreterin des Arbeitgebers die Wiederaufnahme der Arbeit gutgeheißen und angeordnet hat, ist der Kasse jedenfalls durch die Reichsversicherungsordnung nicht gegeben, Sie könnte höchstens im Dienstaufsichtswege die übergeordnete Behörde anrufen.

Fortfall des Krankengeldes für freiwillig Weiterversicherte gemäß § 423 RVO.

9. Nach B. Antwort: § 423 RVO. muß schon nach seiner allgemeinen Fassung auch für die freiwillig Weiterversicherten gelten. Maßgebend für deren Versicherung ist diejenige Beschäftigung, die ihre frühere Versicherungspflicht und damit mittelbar ihr Recht zur Weiterversicherung begründete. Dem § 423 RVO. liegt die Absicht zugrunde, eine Erleichterung der Lasten da, wo die Landwirtschaft weniger leistungsfähig ist, zu ermöglichen. Hierbei macht es keinen wesentlichen Unterschied, ob die Mitgliedschaft auf Grund der Versicherungspflicht oder der freiwilligen Weiterversicherung besteht. Das Mitglied selbst ist, wenn es nunmehr aus einer Beschäftigung kein Entgelt mehr bezieht, sicherlich nicht leistungsfähiger als vorher. Ein einzelner Unternehmer freilich, der ein unmittelbares Interesse an dem Fortfall der Beiträge hätte, ist nicht vorhanden. Wohl aber beeinflußt die Verpflichtung, Krankengeld zu gewähren, den Umfang der Mittel, die die Kasse aufbringen muß und damit auch allgemein die Höhe der Beiträge, und an dieser sind die landwirtschaftlichen Unternehmer natürlich interessiert.

Festsetzung des Strafbeitrags aus § 531 Abs. 2 RVO. vor rechtskräftiger Bestrafung des Meldepflichtigen ist nichtig.

10. An A. O. K. O. Antwort: Die Kasse kann nach § 531 Abs. 2 RVO. dem wegen Verletzung der Meldepflicht „Bestraften" die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen. „Bestraft" im Sinne dieser Vorschrift ist der Meldepflichtige erst, wenn eine rechtskräftige Entscheidung der Versicherungsbehörde (§ 530 Abs. 4) vorliegt. Vorher darf die Kasse einen Strafbeitrag nach § 531 Abs. 2 nicht festsetzen, auch nicht mit dem Vorbehalt, daß die Festsetzung nur gelten soll, falls der vom Versicherungsamt zu Strafe nach § 530 Verurteilte hiergegen die zulässige Beschwerde an das Oberversicherungsamt nicht erhebt. Denn das Gesetz geht ersichtlich davon aus, daß der Vorstand bei seiner Entschließung, ob und in welchem Maße er von seiner Ermächtigung aus § 531 Abs. 2 Gebrauch machen will, sich von den im Strafurteile getroffenen Feststellungen und von der darin enthaltenen Beurteilung der Gesetzesverletzung leiten lassen soll. Dem wird der Kassenvorstand nicht gerecht, wenn er seine Entschließung schon faßt, solange noch eine Anfechtung der Entscheidung des Versicherungsamts und eine abweichende Beurteilung durch das Oberversicherungsamt möglich ist. Deshalb ist eine vorher beschlossene Festsetzung des Strafbeitrags durch den Kassenvorstand schlechthin nichtig, auch wenn die Zustellung des Vorstandsbeschlusses erst nach Rechtskraft der Entscheidung des Versicherungsamts bewirkt ist.

Ein Bericht über die Verwaltung der Krankenkassen und Kassenverbände im Jahre 1916

wird für die Arb.Vers. vorbereitet und soll in naher Zeit erscheinen. Kassen und Verbände, die hierbei noch berücksichtigt zu werden wünschen, ihre Berichte aber bisher nicht eingesandt haben, werden um möglichst baldige Übersendung ersucht.

Die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung".

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1891 von J. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1184 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. September 1917 | Heft 26

Betriebsrevisionen durch die Krankenkassen.

Von Arbeitersekretär Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Die Reichsversicherungsordnung hat die Einrichtungen, welche den Krankenkassen eine gewissenhafte Einhaltung der Meldevorschriften durch die Arbeitgeber gewährleisten, eingeschränkt. Zwar hat sie die gegen einen säumigen Arbeitgeber möglichen Maßnahmen vermehrt (z. B. durch die Zulässigkeit der Nachholung des Mehrfachen rückständiger Beiträge, § 531), doch ist gleichzeitig die wirksamste Strafe, die im § 50 des KVG. vorgesehene Erstattung der Aufwendungen an Unterstützungen für eine nicht gemeldete Person, aufgehoben worden. Von Krankenkassenverwaltungen wird oft gesagt, daß seitdem die Pünktlichkeit und Genauigkeit der nötigen Meldungen nachgelassen haben. In dieser Richtung stellt namentlich Bruns in der „Ortskrankenkasse" 1916 S. 531 in einer Behandlung der Angelegenheit sehr weitgehende Behauptungen von Unregelmäßigkeiten auf. Inwieweit das alles zutreffend ist, läßt sich mangels ziffernmäßiger Nachweise nicht feststellen. Die Kassen sind daher verschiedentlich dazu gekommen, als Ersatz ein Hilfsmittel in Anwendung zu bringen: die Kontrolle der Arbeitgeber in deren Betriebsstätten. Von einer ganzen Reihe von Krankenkassen werden bereits Mitteilungen über die Ergebnisse dieser Überwachungen bekanntgegeben. So teilt z. B. die Allgemeine Ortskrankenkasse Leipzig mit, daß sie im Jahre 1916 bei 134 Arbeitgebern Betriebsrevisionen vorgenommen habe. Dabei seien bei 108 Revisionen Verletzungen der Meldevorschriften festgestellt worden. 251 Versicherungspflichtige waren nicht angemeldet, 59 nicht abgemeldet, 359 Hausgewerbetreibende waren nicht gemeldet, bei 2373 Personen waren Lohnveränderungen nicht angezeigt worden. Die dadurch notwendig gewordenen Beitragsnacherhebungen, soweit nicht Verjährung eingetreten war, erbrachten 10 803 ℳ an Krankenversicherungs- und 2677 ℳ an Invalidenversicherungsbeiträgen. Die Landkrankenkasse des Kreises Soldin teilt mit (vgl. Krankenkassen-Zeitung 1916 S. 181), es sei keine Seltenheit, daß in Großbetrieben bei den unvermutet vorgenommenen Revisionen 30 bis 60 Beschäftigte ermittelt werden, die überhaupt nicht angemeldet sind. Außerdem würden stets noch unrichtige Lohnangaben festgestellt. In der „Ortskrankenkasse" 1916 S. 768 berichtet H. Beer, Tirschenreut, über die bei seiner Kasse durchgeführten Arbeitgeberkontrollen, die immer etwa 2000 ℳ einmalige Beiträge brächten. Die Tagegelder und Reisekosten des Kontrollbeamten kämen demgegenüber gar nicht in Betracht. Auch bei den Nachbarkrankenkassen wurden die Kontrollen durch Einsicht in die Lohnbücher ausgeübt.

Zunächst erhebt sich die Frage, wie sich die Reichsversicherungsordnung zu solchen Betriebsüberwachungen stellt. Den Trägern der Unfall- und Invalidenversicherung sind solche Rechte durch die §§ 878 ff. und 1466 ff. ausdrücklich übertragen worden. Für die Träger der Krankenversicherung fehlen ent-

Digitized by Google

sprechende Vorschriften. Es wird nicht angenommen werden können, daß hier „böswillige" Absicht vorliegt, vielmehr wird die Lücke nur aus Unachtsamkeit entstanden sein, insbesondere weil es schon an einer entsprechenden Bestimmung im Krankenversicherungsgesetz fehlte. Es wäre sonst nicht einzusehen, weshalb die Krankenkassen nicht die gleiche Berechtigung haben. Die Landkrankenkasse des Kreises Soldin führte über die Frage eine Entscheidung der zuständigen Versicherungsbehörden herbei. Versicherungsamt und Oberversicherungsamt sprachen der Kasse das Recht zur Überwachung des Betriebs mangels entsprechender Vorschriften im Gesetz ab, und das im Wege der weiteren Beschwerde angerufene Reichsversicherungsamt stimmte dem zu. Die grundsätzliche Entscheidung (2277, Amtl. Nachr. 1916 S. 756) ist in ArbVers. 1917 Heft 5 S. 112 abgedruckt; es wird auf ihre Begründung verwiesen.

Die hierdurch für die Krankenkassen geschaffene Rechtslage ist unbefriedigend. Wie sollen die Kassenverwaltungen sich helfen? Das Versicherungsamt hat auch nicht die Befugnis, sich die Lohnlisten vorlegen zu lassen. Es kann doch unmöglich zu dem Mittel einer öffentlichen Aufforderung an die in Betracht kommenden Arbeiter gegriffen werden. Die Frage bedarf irgendeiner Regelung. Zunächst ist die Überwachung der Betriebe jedenfalls unbedenklich zulässig, solange sich nicht der Arbeitgeber ihr widersetzt. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts spricht den Kassen nur ein Zwangsrecht ab; aber gegen eine Verständigung mit dem Arbeitgeber läßt sich selbstverständlich nichts einwenden. Hieraus ergibt sich schon, daß es ganz darauf ankommt, wie die Kontrolle ausgeübt wird. Sie wird mit Takt und Geschick vorgenommen werden müssen, und die ihr anhaftende Härte wird mit Höflichkeit herabgemindert werden können. Es wird deshalb auf die Auswahl der Kontrollbeamten besondere Sorgfalt gelegt werden müssen. Die Einrichtung mancher Krankenkassen, die Krankenbesucher mit diesen Geschäften zu beauftragen, wird nur dann empfohlen werden können, wenn sich diese persönlich dazu eignen, was nicht immer der Fall sein wird. Die allgemeine Ortskrankenkasse Leipzig beauftragt mit der Aufgabe einen besonders gewandten Innenbeamten. Im allgemeinen dürften daher auch Fälle, in denen sich die Arbeitgeber der Kontrolle widersetzen, recht selten sein. Auch der Fall, der zur Entscheidung des Reichsversicherungsamtes führte, war nur künstlich gesucht, um die Sache zu klären.

Auch Geh. Oberregierungsrat Dr. Hoffmann erkennt (Ortskrankenkasse 1916 S. 759) die Notwendigkeit an, die Kontrolle der Arbeitgeber auf die Einhaltung der Meldevorschriften in der Krankenversicherung auszudehnen. Er verweist insbesondere auf § 404 Abs. 3 RVO., wonach das Versicherungsamt die Krankenkassen mit ihrer Zustimmung und nach Vereinbarung über die Kosten bei der Einziehung der Beiträge unterstützen kann. Eine Begründung dieser ohne Erörterung vom Reichstag angenommenen Vorschriften findet sich nur im allgemeinen Teil der Begründung zur Reichsversicherungsordnung. „Da", so heißt es daselbst, „innerhalb desselben räumlichen Bezirks oft die verschiedensten Versicherungsträger gleichzeitig Einzelgeschäfte zu erledigen haben, so entsteht ein Neben- und Durcheinander der vielen Vertrauensmänner, Aufsichts-, Kontroll- und sonstiger Beamten und Beauftragten, deren Verrichtung sich von einer einheitlichen und den Verhältnissen nahestehenden Stelle aus mit einem weit geringeren Aufwande von Personal, Zeit, Geld und Arbeit hätten bewerkstelligen lassen." Hierbei sei man, so meint Hoffmann, von der Auffassung ausgegangen, daß die vom Versicherungsamt beauftragten Kontrolleure ohne weiteres zu allen Überwachungshandlungen befugt sind, die z. B. in § 1466 RVO. besonders aufgeführt und mit gesetzlichen Zwangsmitteln versehen sind. Immerhin reiche diese Vorschrift nicht hin, um durch das Versicherungsamt eine zwangsweise Kontrolle der Arbeitgeber in

Digitized by Google

Fragen der Krankenversicherung durchzuführen. Es sei deshalb eine gründliche Ausgestaltung der in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschriften erforderlich, um das Bedürfnis der Krankenkassen nach einer sorgsamen Beitragskontrolle zu befriedigen. Dem kann man sich nur anschließen.

Ein Hilfsmittel bietet sich vorläufig den Krankenkassen durch Inanspruchnahme der Beitragskontrolleure der Invalidenversicherungsanstalten. In der Invalidenversicherung ist im Laufe der Jahre die Beitragsüberwachung sehr verbessert worden; eine große Anzahl Kontrollbeamter ist in festumgrenzten Kontrollbezirken tätig. Diese Beamten sind für Anregungen sehr dankbar; hat eine Kassenverwaltung Grund zu der Annahme, daß ein Arbeitgeber sich grober Pflichtverletzungen schuldig macht, so braucht sie nur den Kontrollbeamten zu bitten, dort einmal zum Rechten zu sehen. Nach § 1466 RVO. haben die Arbeitgeber dem Anstaltsvorstand oder seinen Beauftragten Auskunft zu geben über die Zahl der Beschäftigten, ihren Arbeitsverdienst und die Dauer ihrer Beschäftigung, sowie die Geschäftsbücher oder Listen, aus denen diese Tatsachen hervorgehen, während der Betriebszeit an Ort und Stelle vorzulegen. Die Arbeitgeber können hierzu durch Geldstrafen bis zu 150 *M* angehalten werden. Es liegt keine mißbräuchliche Verletzung der Amtsverschwiegenheit vor, wenn der Beamte die Kasse von dem Ergebnis der Prüfung verständigt. Diese Zusammenarbeit wird schon heute vielfach geübt; sie kann bis zu einer besseren Regelung der Angelegenheit noch weiter ausgestaltet werden. Es ist sogar zu empfehlen, daß die Kassen, die vielfach nach Bezirken der Landesversicherungsanstalten sich zu Unterverbänden zusammengeschlossen haben, dieserhalb mit den Versicherungsanstalten in Verbindung treten. Soweit übrigens die Krankenkassen als Einzugsstellen für die Beiträge zur Invalidenversicherung bestellt sind (§ 1447 RVO.), haben sie als Organe der Versicherungsanstalten schon von sich aus das Recht, von den Arbeitgebern Auskunft nach § 1466 RVO. zu fordern (zu vgl. zum entsprechenden § 161 Inv. Vers. Ges. Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts in ArbVers. 1908 S. 698).

Ein weiteres Hilfsmittel besteht für ländliche Bezirke darin, bei den einzelnen Gemeindebehörden des Kassenbezirks auf Grund der Einwohnermeldeliste oder sonstiger namentlicher Verzeichnisse Erhebungen zu machen. Namentlich für Landkrankenkassen kann auch in Frage kommen, daß die Gemeindeverwaltungen die zum Zwecke der Steuerveranlagung aufzustellenden Hauslisten, in denen bekanntlich sämtliche Personen eines jeden Haushalts aufgeführt sind, den Kassen auf deren Kosten in Abschrift zustellen. Wenigstens soweit die Angaben in Frage kommen, die für die Kassen Bedeutung haben. Bei vielen Kassen ist auch bereits eine gewisse Kontrolle durch die Versicherten insofern eingeführt, daß die An- und Abmeldeformulare mit perforierten Abschnitten versehen sind, die den Tag des Eintritts, die Lohnhöhe usw. enthalten und die (von der Kasse abgestempelt) den Versicherten auszuhändigen sind. Hierdurch hat der Versicherte eine Handhabe, die Maßnahmen des Arbeitgebers zu kontrollieren.

Der zum Zwecke einer besseren Beitragskontrolle namentlich für die Landkrankenkassen schon gemachte Vorschlag (vgl. Mitteilungen des Verbandes deutscher Landkrankenkassen 1916 S. 183) auch für die Krankenversicherung Beitragsmarken einzuführen, wie sie in der Invalidenversicherung vorhanden sind, würde jedenfalls die Verwaltungsgeschäfte bedeutend erschweren, ohne daß besondere Vorteile ersichtlich sind. Über diese Anregung läßt sich daher nicht weiter sprechen. Nur dieselben gleichen Rechte, wie sie die Träger der Unfall- und Invalidenversicherung besitzen, sollte man auch denen der Krankenversicherung geben, dann werden sie schon die Kräfte und die Mittel finden die Übelstände zu bekämpfen.

Digitized by Google

Zur erstmaligen Festsetzung der Dauerrente bei Kürzung der vorläufigen Rente.

Vom Regierungssekretär Baum in Coblenz.

Nicht selten begegnet man bei Rentenminderungen oder -entziehungen, die entweder die erstmalige Dauerrente auf einen niedrigeren Satz als die bisherige vorläufige Rente feststellen oder die Festsetzung einer Dauerrente überhaupt versagen, der doppelten Begründung:

1. es sei eine wesentliche Besserung in den früheren Verhältnissen eingetreten und

2. es handele sich zudem um die erstmalige Festsetzung der Dauerrente, so daß es ja nicht erforderlich sei, eine Änderung in dem Zustande des Verletzten nachzuweisen.

Dabei stützt sich ersichtlich der erste Grund auf den § 608, der andere aber auf den § 1585 Abs. 2 Satz 2 der RVO. Die Verschiedenheit der beiden Paragraphen verbietet aber meines Erachtens ihre gleichzeitige Anwendung in ein und derselben Sache aus folgenden Erwägungen:

§ 608 besagt allgemein (ohne Rücksicht auf einen besonderen Rentencharakter), daß eine neue Feststellung der „Entschädigung" getroffen werden könne, wenn in den für die vorangegangene Feststellung maßgebend gewesenen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten sei. Erst § 1585 bringt in seinen beiden Absätzen die bedeutsame Unterscheidung zwischen einer vorläufigen Rente und einer Dauerrente, wobei der Anfang des ersten Absatzes hinsichtlich der ersteren die dem Versicherungsträger bereits im § 608 allgemein gegebene Berechtigung zur Änderung der Rente wegen Änderung der Verhältnisse wiederholt. Insoweit bedarf es also zur Rentenänderung stets des Nachweises der wesentlichen Änderung der Verhältnisse.

Anders bei der Dauerrente! Für ihre Änderung gilt § 608 mit seiner allgemein gegebenen Berechtigung dazu; für ihre erstmalige Festsetzung dagegen kann je nach Lage des einzelnen Falles sowohl dieser Paragraph als auch der § 1585 Abs. 2 anwendbar sein, aber — und das ist der springende Punkt —: je nach den Umständen des Einzelfalles nur einer von beiden, nicht aber gleichzeitig beide. Daraus nämlich, daß im letztgenannten Paragraphen der Nachweis einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse nicht zur unbedingten Voraussetzung für jeden Fall gemacht wird, folgt, daß einerseits an Fälle gedacht wurde, in denen jener Nachweis zum Anlaß der Rentenkürzung wird, anderseits aber an Fälle, in denen er entweder objektiv nicht vorliegt, gleichwohl aber die Festsetzung einer niedrigeren Rente geboten erscheint, oder wegen dieses letzteren Grundes gar nicht erst geltend gemacht zu werden braucht.

Wird aber nicht für jeden Fall eine Änderung der Verhältnisse als Grund zur Kürzung des Rentensatzes bei Festsetzung der ersten Dauerrente vorausgesetzt, so fällt allerdings in einigen Fällen dieser Grund zur Rentenänderung hinweg. Dann verlangt aber eine gleichwohl vorzunehmende Kürzung — da sie ja nicht ohne Voraussetzung Platz greifen kann — eben eine andere Voraussetzung, die indes nicht schlechthin in der Berufung auf den § 1585 Abs. 2 Satz 2 oder seiner bloßen Anwendung ihren Inhalt haben kann. Denn dort wird ja nur zwischen zwei Möglichkeiten unterschieden, davon die eine den Wegfall des Nachweises einer Änderung der Verhältnisse darstellt, die andere aber nicht bestimmt umschrieben wird.

Damit erhebt sich die Kernfrage, wann bei Festsetzung der eine Kürzung oder Aufhebung der vorläufigen Rente mit sich bringenden Dauerrentenfestsetzung der sonst nötige Nachweis einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse fehlen darf. Es sind das

Digitized by Google

— abgesehen von den Berichtigungen der Grundlagen für die Rentenberechnung — meines Erachtens nur die weniger häufigen Fälle, in denen der Versicherungsträger, ganz sich loslösend von der Betrachtung der zeitlichen Entwicklung der Unfallfolgen und dem Verhältnis des gegenwärtigen Zustandes zu dem früheren, den relativ dauernd bleibenden Schaden frei oder nach einem anderen, vielleicht bisher übersehenen, Grundsatze abgeschätzt wissen will. Dabei wird es sich zumeist um eine Berichtigung anfangs zu hochgegriffener Entschädigungssätze handeln, wie es namentlich beim Verlust eines Auges oder von Gliedmaßen vorkommen kann oder, wenn die oberste Spruchbehörde ihrerseits einen anderen Bewertungsmaßstab für gewisse Dauerschäden aufstellt. In allen anderen Fällen wird dagegen ausschließlich eine Änderung der Verhältnisse das Maß des Dauerrentensatzes bilden und wenn sie nur in dem Moment der Gewöhnung oder Anpassung zu finden ist, gleichviel, ob dies ein Arztgutachten feststellt oder ob sich der Versicherungsträger allein, auf der Regel des praktischen Lebens fußend, nach der Art der Verletzung zu solcher Annahme für berechtigt halten kann.

Verweist aber in solchen Fällen der Versicherungsträger einzig auf den § 1585 Abs. 2, ohne dabei den ihn leitenden Grund zur Anwendung dieses Paragraphen anzugeben, so zwingt er bei Widerspruch des Verletzten die entscheidende Stelle, ihrerseits die Frage nach der wesentlichen Änderung der Verhältnisse aufzuwerfen und den vom Versicherungsträger vielleicht nicht erhobenen Beweis, oft unter erheblicher Belastung der Staatskasse, selbst zu führen. Hat er indes den Beweis schon erhoben und verweist er unter Bezugnahme auf den § 608 auf diesen Beweis als Grund zur Rentenkürzung, nimmt aber anderseits auch den § 1585 Abs. 2 zu Hilfe, indem er die Notwendigkeit des selbst geführten Nachweises verneint: so muß der Verletzte den Eindruck einer wahlweisen oder besser willkürlichen Handhabung des Gesetzes gewinnen, gegen die er keine Gegengründe geltend machen kann, die ihm aber auf jeden Fall auf seinen Nachteil abzuzielen scheint. — Kürzt übrigens der Versicherungsträger bei Festsetzung der ersten Dauerrente unter Annahme einer Besserung und gleichzeitig unter Hinweis auf § 1585 Abs. 2 die vorläufige Rente um nur 5 v. H., so kann es ihm begegnen, daß diese Minderung wegen des Grundsatzes, 5 proz. Kürzungen nicht vorzunehmen, beanstandet wird, während dafür kein Anlaß vorliegt, wenn unzweideutig zum Ausdruck kommt, daß es sich tatsächlich nur um eine neue, völlig freie Würdigung desselben Zustandes ohne den Nachweis oder die Behauptung einer Besserung handelt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 7 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Juli 1917.)

I. Unfallversicherung.

Nach § 537 Abs. 1 Ziff. 5 RVO. unterliegt der gesamte technische Betrieb der Marine- und Heeresverwaltungen der Unfallversicherung (2957 S. 489).

Der nach erhobenem Einspruch vor das zuständige Genossenschaftsorgan zur Vernehmung geladene Berechtigte kann sein Erscheinen von der Vergütung seiner Reisekosten abhängig machen. Entspricht das Genossenschaftsorgan solchem Verlangen nicht, so ist auf Verlangen des Berechtigten sein Einspruch dem Versicherungsamt zur Vernehmung — nicht zur Entscheidung — vorzulegen. Das Versicherungsamt hat den Berechtigten zu seiner Vernehmung vorzuladen (2958 S. 491).

Wenn vor der neuen Rentenfeststellung ein Heilverfahren außerhalb einer Anstalt gewährt worden ist, so ist der Rekurs — anders als nach Abschluß einer Heilanstaltspflege (zu vgl. Rek. Entsch. 2834

Digitized by Google

Amtl. Nachr. 1915 S. 745) — nach § 1700 Ziff. 8 RVO. unzulässig (2959 S. 492).

Ein versicherter Friedhofsbetrieb liegt auch vor, wenn die dem Eigentümer obliegenden Arbeiten der Instandhaltung freiwillig und unentgeltlich von Personen, die dem Arbeiterstand angehören oder nahestehen, etwa von Angehörigen der Verstorbenen, verrichtet werden (2960 S. 492).

Ein Betrieb, dessen Aufnahme in das Betriebsverzeichnis von der Berufsgenossenschaft rechtskräftig abgelehnt war, kann bei gleich gebliebenen Betriebsverhältnissen in das Verzeichnis erst mit Wirkung von der Zustellung des Aufnahmebescheids aufgenommem werden (2961 S. 493).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Eine Krankenkasse, die zunächst Krankenhauspflege gewährt, kann im allgemeinen jederzeit hiervon abgehen und sich auf die Leistungen nach § 182 RVO. beschränken; der Versicherte hat aber solange Anspruch auf Fortsetzung der Krankenhauspflege, als diese notwendig ist (2353 S. 504).

Die Vorschriften des Gesetzes vom 12. Juni 1916 (RGBl. S. 525, ArbVers. S. 451) über die Erhöhung der Waisenrenten gelten für Rentenansprüche von Kindern Versicherter, die vor dem 1. Januar 1916 verstorben sind, jedenfalls dann, wenn die Waisenrenten nach dem 31. Dezember 1915, wenn auch vor der Verkündung des genannten Gesetzes, erstmals festgesetzt werden (2354 S. 506).

Altersrentenbewerber, die vor dem 1. Januar 1916 das 65. Lebensjahr vollendet und die Wartezeit (Art. 3 des Ges. vom 12. Juni 1916) erfüllt haben, gehen ihrer Ansprüche nicht verlustig, wenn die Anwartschaft nach Eintritt jener Voraussetzungen, also vor dem 1. Januar 1916 erlischt (2355 S. 508).

Eine durch den Lieferungsverband nach dem Gesetze, betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften, vom 28. Februar 1888 und 4. August 1914 (RGBl. 1888 S. 59 und 1914 S. 332) an eine vaterverlassene Waise gewährte Unterstützung von 14,25 ℳ monatlich ist nicht geeignet, die Bedürftigkeit des Mündels im Sinne des § 1261 RVO. zu beseitigen (2356 S. 508).

Für die in § 1 der Bekanntmachung über die Todeserklärung Kriegsverschollener vom 18. April 1916 (RGBl. S. 296, ArbVers. S. 329) bezeichneten Kriegsteilnehmer ist die Tatsache, daß sie während dieses Krieges vermißt werden, ein Umstand, der auch nach § 1265 Abs. 1 RVO. ihren Tod wahrscheinlich macht (2357 S. 509).

Die Nachbringung freiwilliger Beiträge nach dem Tode des Versicherten ist weder nach § 1443 RVO. noch nach § 3 der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1915 (RGBl. S. 845, ArbVers. 1916 S. 39) zulässig, auch nicht auf Grund eines vom Versicherten erteilten Auftrags (2358 S. 510).

In den Fällen des § 1503 RVO. haben die zur Entscheidung über den Ersatzanspruch zuständigen Spruchbehörden auch zu entscheiden, ob der Versicherte Anspruch auf Unfallentschädigung hatte oder noch hat (2359 S. 511).

Ein preußischer Kataszerzögling ist als „Lehrling" auch bei unentgeltlicher Beschäftigung krankenversicherungspflichtig (2360 S. 513).

Die Verjährung eines Anspruchs auf Rückerstattung von Krankenkassenbeiträgen (§ 29 Abs. 2 RVO.) wird erst durch den Antrag auf Entscheidung nach § 405 Abs. 2 RVO., nicht schon durch Zahlungsaufforderung oder Mahnung, unterbrochen (2361 S. 514).

Die Pflichtmitgliedschaft bei einer Krankenkasse endet mit der Einberufung zum Kriegsdienst im allgemeinen auch dann, wenn die Fortsetzung der Beschäftigung nach der Entlassung vereinbart ist und Gehaltsteile fortlaufend weitergezahlt werden. — Eine Beitragszahlung muß, um die Anzeige der Weiterversicherung zu ersetzen (§ 313 Abs. 2 Satz 1 und 3 RVO.), wie die Anzeige binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden erfolgen; es genügt nicht, daß sie erst gelegentlich der nächsten Einziehung von Beiträgen durch die Kasse geschieht. (2362 S. 516).

Eine unständige Beschäftigung (§ 441 RVO.) liegt nicht vor, wenn sich einzelne Arbeitsleistungen als Äußerungen eines einheitlichen Beschäftigungsverhältnisses von unbestimmter Dauer darstellen. Leichenträger, die ohne ausdrücklichen Vertrag von einem Beerdigungsunternehmen beschäftigt werden, sind daher nicht als unständig Beschäftigte anzusehen, wenn die Umstände die Absicht der Beteiligten erkennen lassen, daß die Träger, sofern sie nicht durch besondere Umstände verhindert sind, dem Unternehmen nach jeder Beerdigung in gleicher Weise für die mehr oder minder kürzere Zeit darauf stattfindende nächste Beerdigung zur Verfügung stehen sollen (2363 S. 518).

§ 7 der Bekanntmachung, betr. Krankenversicherung bei Ersatzkassen, vom 5. Juli 1916 (RGBl. S. 655, ArbVers. S. 497) hat keine Bedeutung für das Verhältnis der Ersatzkassenmitglieder zu den gesetzlichen Krankenkassen nach §§ 517 ff. RVO. (2364 S. 520).

Anträge der Arbeitgeber auf Befreiung von der Versicherungspflicht ihrer Bediensteten nach dem auf Grund des § 1242 RVO. ergangenen Bundesratsbeschlusse vom 4. März 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 418) sind bei dem beteiligten Versicherungsträger zu stellen. Ein etwa dann entstehender Streit über das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen für die Befreiung ist nach § 1459 RVO. zu entscheiden (2365 S. 522).

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit des Entgelts (§ 168 RVO.)?

Entscheidung des **Versicherungsamts des Kreises Altena** vom 14. April 1917.

Dem Gerichtsdiener F. bei dem preußischen Amtsgericht in M. liegt, neben seinen anderen Arbeiten, die Reinigung der Diensträume und die Besorgung der Heizungs- und Beleuchtungsarbeiten ob. Er erhält hierfür eine Sondervergütung von 150 ℳ jährlich. Die Arbeiten nehmen etwa 6 Stunden täglich in Anspruch. Da F. wegen seiner übrigen Dienstgeschäfte allein nicht in der Lage ist, die Arbeiten zu verrichten, zieht er seine Frau als Hilfskraft heran. Das Amtsgericht M. hat die Frau F. deshalb als krankenversicherungspflichtig angemeldet. Die zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse hat jedoch die Anmeldung zurückgewiesen, weil die Frau wegen Geringfügigkeit des auf sie entfallenden Anteils an Entgelt nicht versicherungspflichtig sei. Das Versicherungsamt hat sie aber im Streitverfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. für versicherungspflichtig erklärt aus folgenden Gründen:

Nach Ziff. 2 der Bek. des Reichskanzlers vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756) bleiben vorübergehende Dienstleistungen versicherungsfrei, wenn sie von Personen, die sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten, zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Als geringfügig gilt ein Entgelt, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraumes, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist. Frau F. ist, wie die angestellten Ermittlungen ergeben haben, etwa drei Stunden täglich mit den Reinigungsarbeiten beschäftigt. Ihr Mann wird gleichfalls durch die übrigen Kastellangeschäfte etwa drei Stunden täglich in Anspruch genommen. Von der Sondervergütung von 150 ℳ, die F. für Wahrnehmung der Kastellangeschäfte erhält, entfallen somit 75 ℳ auf seine Frau. Bei dem Gesamteinkommen des F. von 1600 ℳ kann dieser Betrag nicht als wesentlich angesehen werden. Das Versicherungsamt ist aber der Ansicht, daß dieser Betrag nicht allein für die Bewertung der Arbeitsleistung in Anrechnung gebracht werden kann. Nach § 7 der Dienstordnung für die Gerichtsdiener vom 21. Dezember 1899 gehört zu den Obliegenheiten der Gerichtsdiener unter anderem auch die Wahrnehmung der Kastellangeschäfte. Daraus ergibt sich, daß die Vergütung für diese Arbeiten grundsätzlich mit im Gehalte liegt. Nach § 91 Ziff. 3 der Etatsvorschriften erhält allerdings der mit den Kastellangeschäften betraute Gerichtsdiener eine besondere fortlaufende Entschädigung (Hauswartsvergütung). Damit ist aber durchaus nicht gesagt, daß diese Entschädigung allein die volle Vergütung für die Kastellangeschäfte darstellen soll. In Wirklichkeit bildet sie auch bei weitem keine angemessene Vergütung für die Arbeitsleistungen. Für die Besorgung der Heizungsarbeiten allein ist zum Beispiel vom vorgenannten Amtsgericht, als F. zum Heeresdienst eingezogen war, an eine fremde Hilfskraft eine tägliche Vergütung von 1 ℳ gezahlt worden. Von dem Betrage von 150 ℳ entfallen für die Besorgung der gesamten Kastellangeschäfte bei 300 Arbeitstagen am Jahre 50 ₰ auf den Tag; das sind bei einer Arbeitszeit von 6 Stunden täglich noch nicht 9 ₰ für die Stunde. Daraus geht hervor, daß die Hauswartvergütung keine volle Vergütung für die betreffenden Arbeiten darstellt, sondern nur eine Sondervergütung, die sich aus der Art der Arbeiten ohne weiteres erklärt. Es muß auch angenommen werden, daß der mit den Kastellangeschäften betraute Gerichtsdiener, wenn er nicht von den übrigen Dienstgeschäften in entsprechendem Maße entlastet wird — was in der Regel aber wohl geschieht — auf die Heranziehung einer Hilfskraft angewiesen ist. Als Vergütung für die Kastellangeschäfte ist somit nicht allein die Hauswartsvergütung, sondern auch ein Teil des Gehaltes anzusehen. Im vorliegenden Falle nehmen die Arbeiten jeden Tag etwa 6 Stunden in Anspruch. Um die wirkliche Entschädigung hierfür zu ermitteln, wird zweckmäßig ein Lohn in Ansatz gebracht, wie er für derartige Arbeiten im allgemeinen gezahlt wird, das sind zum wenigsten 25 ₰ für die Stunde. Hiernach entfällt auf Frau F. eine Vergütung von 3 mal 25 ₰ = 75 ₰ täglich oder 225 ℳ jährlich. Dieser Betrag kann aber im Verhältnis zum Gesamteinkommen der Familie von 1600 ℳ nicht mehr als geringfügig angesehen werden.

Die Beschwerde der Kasse ist vom Oberversicherungsamt in Arnsberg, unter Billigung der Auffassung des Versicherungsamts, zurückgewiesen worden.

Voraussetzungen für Beschränkung der Kassenleistungen nach § 188 RVO.

Rev. Entsch. des **sächs. Landesversicherungsamts** v. 21. April 1917 (25. K.).

Nach § 26 der Kassensatzung, der der Vorschrift in § 188 RVO. entspricht, ist für die Beschränkung der Krankenhilfe auf die Gesamtdauer von 13 Wochen Voraussetzung, daß der Versicherte binnen 12 Monaten bereits für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt Krankengeld oder die Ersatzleistung bezogen hat und daß im Laufe der nächsten 12 Monate ein neuer Versicherungsfall eintritt, der durch dieselbe nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt wird.

Digitized by Google

Vor allen Dingen muß also „ein neuer Versicherungsfall" eingetreten sein. Nach übereinstimmender Rechtsprechung und Rechtsauslegung gehört — auch bei chronischen Leiden — dazu, daß zwischen der früheren und späteren Erkrankung ein wenn auch nur kurzer Zwischenraum liegt, in dem weder ärztliche Hilfe notwendig war, noch Arbeitsunfähigkeit vorlag (Hoffmann § 188 Anm. 7, Stier-Somlo § 188 Anm. 2d, v. Frankenberg § 188 Anm. 2d, Haenel § 188 Anm. 4a und c und die grundsätzl. Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts vom 4. November 1916 in Sammlung der Grdsätzl. Entsch. Bd. I S. 285 Ziff. 36a unter a). Und tatsächlich haben im vorliegenden Streitfalle die Verhältnisse so gelegen: Denn eine fortdauernde Notwendigkeit ärztlicher Hilfe war von keiner Seite behauptet, und die Arbeitsunfähigkeit ist zum mindesten in der Zeit vom 26. Juli bis 3. November 1915 unterbrochen gewesen, also während eines Zeitraumes, der die Annahme eines bloß mißglückten Arbeitsversuches von vornherein ausschließt. Daher kann auch der Umstand, daß das Oberversicherungsamt aus den Invalidenrentenakten noch festgestellt hat, daß Sch. am 25. November 1915 um Invalidenrente nachgesucht hat, weil er sich seit dem 3 November 1915 für invalid hielt, und daß ihm auf Grund des auf Lungentuberkulose und Lungenerweiterung lautenden ärztlichen Befundes von Dr. Kr. vom 8. November 1915 ab die Invalidenrente zugesprochen worden ist, nichts daran ändern, daß nach den sonstigen Umständen unbedenklich ein neuer Versicherungsfall angenommen werden muß. Im übrigen ist auch darauf hinzuweisen, daß die Einlegung eines Rechtsmittels für die Partei, die sich dessen bedient, keine im Ergebnisse ungünstigere Entscheidung herbeiführen darf (Verbot der sog. reformatio in pejus; vgl. Breithaupt, Sammlg. von Entscheidungen I, 599, II, 607; Lehmann § 1631 Anm. 16). Auch wenn nachträglich ein neuer Versicherungsfall nicht anzunehmen und Sch. aus dem ersten Versicherungsfalle überhaupt „ausgesteuert" wäre, d. h. die volle satzungsmäßige Unterstützung von 26 Wochen bereits erhalten, bezw. höchstens noch für 3 Tage zu beanspruchen hätte, wäre also gleichwohl die ausgesprochene Verurteilung der Krankenkasse zu weiterzahlender Leistung nicht zu beanstanden. In Übereinstimmung mit der Vorinstanz ist aber davon auszugehen, daß ein neuer Versicherungsfall vorgelegen hat, der am 18. Oktober 1915 zunächst mit der Notwendigkeit der Krankenpflege eingesetzt und am 3. November 1915 mit Arbeitsunfähigkeit fortgedauert hat. Der Standpunkt der Kasse, daß Sch., weil er in der Zeit vom 13. Januar bis 13. Juli 1915 für 26 Wochen Kassenleistungen erhalten habe, gemäß § 26 der Satzung „im Laufe der nächsten 12 Monate", also erst in den nächsten 12 Monaten, d. h. erst vom 13. Januar 1916 ab für die nicht gehobene Krankheitsursache noch einmal Anspruch gegen die Kasse für 13 Wochen habe, und daß deshalb, weil bei der zweiten Arbeitsunfähigkeit im November 1915 die 12 Monate noch nicht verstrichen gewesen seien, der „Lauf der nächsten 12 Monate" noch gar nicht habe beginnen können, ist unhaltbar. Es kann keinem berechtigten Zweifel unterliegen, daß „im Laufe" der nächsten 12 Monate soviel bedeutet wie „innerhalb" der nächsten 12 Monate, also einen Zeitraum, der gerade „vor dem Ablaufe" der nächsten 12 Monate liegt. Und weiter ist dem Oberversicherungsamte beizupflichten, daß Wortlaut und Sinn dieser Worte nur die Deutung zulassen, daß die Frist dieser 12 Monate nicht vom Eintritte des neuen Unterstützungsfalles rückwärts, sondern vom Ablaufe der vorangegangenen Krankheit zu berechnen sind (so auch Hahn § 188 Anm. 6, Stier-Somlo § 188 Anm. 2d, Hoffmann § 188 Anm. 8, v. Frankenberg § 188 Anm. 2e, Laß § 188 Anm. 5, Haenel § 188 Anm. 4d und die allenthalben ebenda angez. Rechtsprechung).

Es ist ferner für die Anwendung des § 26 der Satzung und § 188 RVO. notwendig, daß dem neuen Versicherungsfalle eine Krankheit vorausgegangen ist, für die der Versicherte „binnen 12 Monaten für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt Krankengeld oder deren Ersatzleistung bezogen" hat, sowie daß die abermalige Krankenhilfe durch „dieselbe nicht gehobene Krankheitsursache" veranlaßt ist. Daß das letztere der Fall ist, ergibt sich aus den ärztlichen Aussagen, die nur von Lungenleiden sprechen, ohne weiteres. Auch ist dem Oberversicherungsamte zuzustimmen, daß die Frist der bezeichneten 12 Monate nicht vom Eintritt des neuen Versicherungsfalles zurückgerechnet werden darf, wie es unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes für zulässig erachtet wurde, sondern vom Ende der letzten Unterstützung zurückzurechnen ist (vgl. Hahn § 188 Anm. 4). In der Abhandlung in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1914 S. 453 wird zutreffend ausgeführt, daß § 188 nur fordert, daß innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten für 26 Wochen Krankengeld gewährt wurde, und der Zeitraum sich also nur unter Berücksichtigung der bereits abgelaufenen Krankenhilfe bestimmt, unabhängig von einem weiteren Ereignisse, wie es der neue Versicherungsfall darstellt.

Dagegen trifft nicht zu, daß Sch. in dem vorausgegangenen Zeitraume das Krankengeld oder die Ersatzleistung der Krankenhauspflege tatsächlich für volle 26 Wochen „bezogen" hat, denn es fehlen ohne Zweifel noch 3 Tage daran. Trotz dieses klaren Wortlautes würde das Landesversicherungsamt kein Bedenken tragen, zu erkennen, daß ein krankes Kassenmitglied, das bei fortdauernder Krankheit die weitere Unterstützung der Kasse zurückweist, oder sich gesund meldet, nur um zu verhindern,

Digitized by Google

daß die Dauer der 26wöchigen Unterstützung erfüllt und auf diese Weise bei einer neuen Erkrankung aus derselben Krankheitsursache die Beschränkung der Kassenleistungen auf 13 Wochen ermöglicht würde, einem Kassenmitgliede gleich zu behandeln sei, das die ganzen 26 Wochen Krankenunterstützung bezogen hat. Denn die gegenteilige Ansicht würde an Stelle des Rechts die Willkür des Versicherten setzen und dem arglistigen Gebahren des Kassenmitgliedes Tür und Tor öffnen und damit gerade die Absicht, die der Gesetzgeber mit dem § 188 der Reichsversicherungsordnung hat erreichen wollen, nämlich eine übermäßige Ausnutzung der Kassenmittel durch chronische Kranke entgegenzusteuern, vereiteln. Auch würde der für das öffentliche Recht in gleichem Maße wie für das bürgerliche Recht geltende Grundsatz von Treu und Glauben einfach zu nichte gemacht und der anerkannte Rechtssatz, daß niemand aus einer arglistigen Handlung Vorteil herleiten kann, in das Gegenteil verkehrt werden. Ebenso muß für das öffentliche Recht die bürgerrechtliche Vorschrift (BGB. § 826) entsprechend gelten, daß, wer in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise einem anderen vorsätzlich Schaden zufügt, dem anderen zum Ersatze des Schadens verpflichtet ist. Aus allen diesen Gründen ist der Kasse, die nach § 223 RVO. mit zu Unrecht gezahlten Kassenleistungen gegenüber weiteren Ansprüchen des Versicherten aufrechnen darf, auch das Recht zuzugestehen, solche auf arglistige Weise erstrebte Leistungen von vornherein überhaupt zu verweigern. (Zu dem gleichen Ergebnisse kommt die Auskunft in ArbVers. 1910 S. 152 Ziff. 16; vgl. auch die Entschdgn. des Pr. OVG. vom 19. September 1910 und 17. April 1913 in ArbVers. 1911 S. 680 und 1913 S. 656 und die Anmerkung der Schriftleitung dazu S. 657.)

Ähnliche Erwägungen haben anscheinend das Oberversicherungsamt bewogen, im angefochtenen Urteile auszusprechen, daß Sch., obwohl er die Kassenleistungen nicht bis zum vollen Ablaufe der 26. Woche in Anspruch genommen habe, doch die Unterstützung bis zum 13. Juli und nicht nur bis 10. Juli 1915 bezogen habe. Indessen ist aus den Akten nichts dafür zu entnehmen, daß die Krankenkasse das Krankengeld für diese 3 Tage angeboten und Sch. durch sein Verhalten die tatsächliche Leistung unmöglich gemacht habe. Im Gegenteil fehlt jeder Anhalt dafür, daß Sch. arglistig die Annahme verweigert habe, um sich für den Fall erneuten Bedürfnisses diese Leistungen für abermals 26 Wochen zu sichern, während andererseits ebensowenig die Krankenkasse ein Vorwurf trifft, weil das Heilverfahren von der Landesversicherungsanstalt ausgeführt wurde und die Kasse daher gemäß § 1518 RVO. das Krankengeld nicht an den Versicherten selbst zahlte, sondern der Landesversicherungsanstalt zu überweisen und mit ihr abzunehmen hatte. Aus diesem Grunde mußte die Revision beachtet werden, weil in der Tat das angefochtene Urteil auf einem Verstoße wider den klaren Akteninhalt beruht (§ 1697 Ziff. 1 der RVO.)

Beitritt ohne Vorlegung des satzungsmäßigen Gesundheitszeugnisses ist ungültig, vorbehaltlich des § 213 RVO.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. März 1917 (2344, Amtl. Nachr. 1917 S. 465).

Die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß die Klägerin nicht versicherungspflichtig tätig gewesen ist und daher nicht als Pflichtmitglied der Beklagten einen Anspruch auf Krankenhilfe geltend machen kann, wird von der Klägerin nicht bemängelt und ist auch auf Grund des Akteninhalts nicht zu beanstanden.

Ebenso hat das Oberversicherungsamt mit Recht angenommen, daß der freiwillige Beitritt der Klägerin zur Kasse gemäß § 310 RVO. nicht wirksam erfolgt ist. Nach dieser Vorschrift beginnt die Mitgliedschaft von Versicherungsberechtigten mit dem Tage ihres Beitritts zur Kasse; der Beitritt geschieht nach § 310 Abs. 1 durch schriftliche oder mündliche Anmeldung beim Vorstand oder bei der Meldestelle. Einer Genehmigung durch den Kassenvorstand bedarf die Anmeldung an sich nicht; jedoch muß das ärztliche Zeugnis der Anmeldung beigefügt sein, wenn die Satzung das Recht zum Beitritt, wie hier (zu vgl. § 7 Abs. 3 der Kassensatzung), von der Vorlegung eines solchen Gesundheitszeugnisses nach § 176 Abs. 3 RVO. abhängig macht. Dann ist die Gültigkeit des Beitritts von der Vorlegung dieses Zeugnisses abhängig (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2b zu § 310 RVO). Im vorliegenden Falle hat sich die Klägerin zwar bei der Ortsbehörde, der die Geschäfte einer Meldestelle übertragen waren, unstreitig als freiwilliges Mitglied angemeldet; ob diese Anmeldung rechtzeitig von der Meldestelle an den Vorstand der Kasse weitergegeben ist, bedarf keiner Feststellung. Die Klägerin hat das ärztliche Gesundheitszeugnis ihrer Anmeldung nicht beigefügt. Demnach ist ein wirksamer Beitritt nicht erfolgt. Eine Zurückweisung des Beitritts nach § 310 Abs. 3 RVO. kam nicht in Frage. Nach dieser Vorschrift kann die Kasse den Beitritt solcher Personen, für die das nach Abs. 2 erforderliche Gesundheitszeugnis nicht genügt, mit Wirkung von der Meldung an zurückweisen. Die Zurückweisung hat also zur Voraussetzung, daß ein Gesundheitszeugnis tatsächlich eingereicht ist, indessen nach seinem Inhalt nicht genügt. Hier konnte aber ein Beitritt überhaupt nicht erfolgen, weil die Klägerin dazu nur berechtigt war, wenn sie ein ärztliches Gesundheitszeugnis vorlegte. Mangels dieser Berechtigung ist die Klägerin also nicht freiwilliges Mitglied der Beklagten geworden.

Trotzdem könnte die Klägerin einen Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen erworben haben. Die

Digitized by Google

Klägerin leitet nämlich selbst ihren Anspruch daraus her, daß sie sich angemeldet habe und ihre Beiträge unbeanstandet von der Meldestelle angenommen worden seien. Es kommt danach also in Frage, ob nicht der Anspruch der Klägerin auf § 213 RVO. gestützt werden kann. Das Oberversicherungsamt hat nicht geprüft, ob die Voraussetzungen dieser Vorschrift hier vorliegen. Danach muß eine Kasse einer Person, für die der Versicherungsträger nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat, die satzungsmäßigen Leistungen auch dann gewähren, wenn sich nach Eintritt des Versicherungsfalls herausstellt, daß sie nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt gewesen ist. Daß dies nicht nur für solche Personen gilt, die als angeblich versicherungspflichtig von ihren Arbeitgebern gemeldet werden, sondern auch für solche, die sich als angeblich versicherungsberechtigt selbst anmelden, muß schon nach dem Wortlaut der Vorschrift selbst angenommen werden. Mag man auch bei der Entstehung der Vorschrift in erster Linie an den Schutz solcher Personen gedacht haben, die zu Unrecht als versicherungspflichtig angemeldet werden, so ist doch eine derartige Beschränkung im Gesetz selbst nicht zum Ausdruck gekommen; auch aus der Stellung dieser Vorschrift im Gesetz kann sie nicht abgeleitet werden. Denn der § 213 gehört zu den „Gemeinsamen Vorschriften" unter Abteilung VI des Zweiten Abschnitts des Zweiten Buches der RVO., wo eine Reihe von Vorschriften, die sich sowohl auf die Pflichtversicherung, wie auf die freiwillige Versicherung beziehen, Aufnahme gefunden haben.

Was die Voraussetzungen des § 213 RVO. im einzelnen anlangt, so hat sich bei der Klägerin erst nach Eintritt des Versicherungsfalls herausgestellt, daß sie weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt war. Da das Recht zum Beitritt durch die Satzung von der Vorlegung eines Gesundheitszeugnisses abhängig gemacht ist, die Klägerin aber ein solches nicht vorgelegt hat, fehlte ihr tatsächlich das Recht zum Beitritt; sie war also für ihre Person mangels einer der auf Grund des § 176 Abs. 3 RVO. zugelassenen satzungsmäßigen Bedingungen nicht versicherungsberechtigt. Auch die weitere Voraussetzung des § 213, eine vorschriftsmäßige Anmeldung, ist hier gegeben. Denn zu den formellen Voraussetzungen einer an sich gültigen Anmeldung gehört nach § 310 Abs. 1 RVO. nur, daß sie schriftlich oder mündlich erfolgt, und daß sie beim Vorstand der Kasse oder bei der Meldestelle eingeht. Diesem Erfordernis ist hier genügt. Der Umstand, daß der Anmeldung das Gesundheitszeugnis nicht beilag, verhinderte lediglich, daß die Anmeldung zum wirksamen Beitritt wurde, beeinträchtigt aber nicht die Eigenschaft der Anmeldung selbst als einer an sich vorschriftsmäßigen.

Vorgängige Versicherung als Voraussetzung des Anspruchs Erwerbsloser nach § 214 RVO.

Rev. Entsch. des **sächs. Landesversicherungsamts** v. 16. Juni 1917 (3. K.).

Nach der Vorschrift in § 214 RVO., mit der sich die Bestimmung in § 31 der Kassensatzung deckt, ist für den Anspruch der erwerbslos ausgeschiedenen Kassenmitglieder — abgesehen von dem hier nicht in Frage kommenden Fall, daß sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen versichert waren — Voraussetzung, daß sie „unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert waren". Nach Rechtsprechung und Schrifttum müssen diese 6 Wochen hintereinander fortlaufen. Eine Unterbrechung der Versicherung löst also den erforderlichen Zusammenhang. Streng genommen ist aber eine Unterbrechung der Kassenmitgliedschaft beim Wechsel des Arbeitgebers gar nicht vermeidbar und daher ist bisher allgemein anerkannt, und das Landesversicherungsamt schließt sich dieser Auslegung an, daß solche geringfügigen Zwischenräume die Frist nicht unterbrechen. Auch durch dazwischen liegende Sonn- und Feiertage wird in der Regel der Zusammenhang der Frist nicht zerrissen, weil an ihnen eine Beschäftigung und ein Arbeitsansprechen meist nicht stattfindet. Jede darüber hinausreichende Unterbrechung wird aber nach Lage des einzelnen Falles besonders zu beurteilen sein. Im Streitfalle hat der Kläger am 12. Juni 1915 die Arbeit bei H. aufgegeben und die neue Arbeit bei R. tatsächlich erst in der Nacht zum 18. Juni 1915 aufgenommen; der dazwischen liegende 13. Juni 1915 war allerdings ein Sonntag. Nun will auch der Kläger sich sogleich um neue Arbeit bemüht und solche bei R. auch bereits am 14. Juni zugesagt erhalten und nur aus dem zufälligen Grunde des Mangels an Material noch nicht beginnen haben können. Indessen haben die nachträglichen Erörterungen einwandfrei ergeben, daß ihm am 14. Juni höchstens eine Beschäftigung in Aussicht gestellt worden ist, aber ein wirkliches Beschäftigungs- (Lohn- und Arbeits-)verhältnis, das dem Arbeitgeber eine Verfügungsgewalt über die Arbeitskraft des Klägers gegeben hätte, nicht und keineswegs vor der Nachtschicht vom 17. zum 18. Juni zustande gekommen ist, zumal vorher Gelegenheit zu Ausübung der Arbeit (Granatendrehen) mangels vorhandenen Granatengusses gar nicht gegeben war. Eine versicherungspflichtige Beschäftigung und mithin eine Kassenmitgliedschaft war also (§ 306 der RVO., § 9 Abs. 1 der Kassensatzung) in den 5 Tagen zwischen 12. und 18. Juni nicht vorhanden und die Voraussetzung des § 214 RVO. (§ 31 der Kassensatzung), daß Kläger „mindestens 6 Wochen versichert war", durch diese Unterbrechung nicht mehr erfüllt. Eine strenge Auffassung ist für diese mehrtägige Arbeitspause um so mehr angezeigt, als die Kasse während dieser Tage

Digitized by Google

keine Gegenleistung durch Beiträge beanspruchen kann, die ganze Vorschrift als eine Ausnahmebestimmung überhaupt streng auszulegen ist und die Reichsversicherungsordnung, im Gegensatze zum bisherigen Krankenversicherungsgesetz, außer im Falle der Versicherungsdauer von mindestens 6 Wochen die gleiche Vergünstigung auch noch in dem schon oben erwähnten anderen Falle gewährt, daß der Ausgeschiedene „in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen" versichert gewesen ist, eine Zeit, die also überhaupt nicht zusammen zu hängen braucht und bei der Unterbrechung der Versicherung schlechthin außer Betracht bleiben.

Wenn der Kläger noch zu seiner Rechtfertigung anführt, daß er für den Fall, daß er die neue Arbeit bei R. nicht gleich erhalten hätte, von der Krankenkasse doch als freiwilliges Kassenmitglied hätte aufgenommen werden müssen, so genügt der Hinweis darauf, daß solche freiwillige Kassenmitgliedschaft im vorliegenden Falle durch die erstrebte und erreichte Pflichtmitgliedschaft ausgeschlossen war.

Die Beiträge sind bis zur Abmeldung fortzuzahlen, auch wenn eine Anmeldung nicht erfolgt ist.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 23. Juni 1917.

Die Frage, ob dann, wenn ein Arbeitgeber den von ihm versicherungspflichtig Beschäftigten überhaupt nicht angemeldet hat, die Beiträge nicht nur für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, sondern noch darüber hinaus bis zur Abmeldung nachzuzahlen sind, war unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes sehr bestritten. In einer Anzahl von Entscheidungen wurden gegen eine so weitgehende Nachzahlungspflicht gewichtige Gründe ins Feld geführt. Schon damals hat aber der Königlich Bayerische Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung vom 22. November 1909 (Reger 30 S. 90) mit ausführlicher Begründung und unter eingehender Würdigung der entgegenstehenden Entscheidungen eine solche Verpflichtung angenommen. Dort ist insbesondere bereits überzeugend dargelegt, daß nach dem Zusammenhang der in Betracht kommenden Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes der Wortlaut diese Auslegung nicht ausschließt, vielmehr umgekehrt, weil er keine Ausnahme vorsieht, zu ihr hinführt. Das muß in verstärktem Maße bei den entsprechenden, dem Sinne nach mit dem Krankenversicherungsgesetze übereinstimmenden, in der Fassung aber etwas abweichenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung gelten. Nach § 397 Abs. 1 sind die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Aus dem Worte „fortzuzahlen" könnte der auch vom Versicherungsamt gezogene Schluß hergeleitet werden, daß die Vorschrift nur solche Fälle erfassen will, in denen Beiträge bereits laufend gezahlt worden sind, was voraussetzt, daß ein angemeldetes Beschäftigungsverhältnis vorliegt. Näherer Prüfung hält diese Annahme aber nicht stand. Die Beitragspflicht besteht unabhängig von der Abmeldung des Beschäftigten schon vom Beginn des Beschäftigungsverhältnisses an. Bei verspäteter Anmeldung sind die rückständigen Beiträge nach § 531 Abs. 1 in vollem Umfang nachzuholen. Demgegenüber regelt § 397 lediglich das Ende der Beitragspflicht. Er besagt nur, daß die Beitragspflicht nicht schon mit dem Schluß der Beschäftigung, sondern erst mit der vorschriftsmäßigen Abmeldung enden soll. Da das Gesetz hierbei keine Ausnahmen vorsieht, ist es auch nicht zulässig, die Fälle auszuscheiden, in denen die Beschäftigung überhaupt noch nicht angemeldet war. Ebensowenig läßt sich das unter Hinweis auf das Wort „Abmeldung" rechtfertigen. Es ist nicht richtig, daß von einer Abmeldung begrifflich nicht die Rede sein könne, ohne daß eine Anmeldung vorausgegangen sei. Nach § 317 hat der Arbeitgeber der von ihm Beschäftigten binnen drei Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung zu melden. Die Abmeldepflicht steht also selbständig neben der Anmeldepflicht. Nicht nur das angemeldete, sondern jedes Beschäftigungsverhältnis ist nach seiner Beendigung abzumelden. Das ist schon deshalb notwendig, weil die Kasse auch auf andere Weise als durch die Anmeldung Kenntnis von einer die Kassenmitgliedschaft herbeiführenden Beschäftigung erlangen kann. Der Wortlaut des § 397 spricht also nur für die ausnahmslose Pflicht des Arbeitgebers zur Weiterentrichtung der Beiträge bis zur späteren Abmeldung. Zutreffend weist auch die Krankenkasse in ihrer Beschwerdeschrift darauf hin, daß es nicht einzusehen wäre, warum ein Arbeitgeber, der seine Leute vorschriftsmäßig anmeldet, die Beiträge bis zum Tage der Abmeldung fortzahlen sollte, während ein anderer, der sie überhaupt nicht anmeldet, die Beiträge nur bis zum Tage des Austritts nachzuentrichten brauchte. In der Tat würde jeder gesetzgeberische Grund für eine solche Unterscheidung fehlen. Die Vorschrift des § 397 hat die Bedeutung eines Zwangsmittels zur Erfüllung der Meldepflicht; sie stellt eine Ordnungsvorschrift dar, die allerdings im Einzelfall ihrer Wirkung nach zuweilen strafähnlichen Charakter annehmen kann (zu vgl. Entsch. 2054, Amtl. Nachr. 1915 S. 589). Schon das Reichsgericht hat zu der entsprechenden Bestimmung des § 52 Abs. 1 Satz 4 KrVersGes. ausgeführt, sie habe die Bedeutung eines Zwangsmittels für geordnete Erfüllung „der An- und Abmeldepflicht" (Entsch. vom 25. Januar 1904, Entsch. in Zivils. 56 S. 355). Es wäre unverständlich, warum diese Ordnungsvorschrift, die eine geordnete Geschäftsführung der Kasse gewährleisten soll, nicht Platz greifen sollte, wenn der Arbeitgeber außer der Abmeldepflicht auch schon seine Anmelde-

Digitized by Google

pflicht versäumt hat. Es ist darauf hingewiesen worden, die Unterlassung der Anmeldung sei schon durch andere Vorschriften des Gesetzes hinreichend mit Nachteilen bedroht, und es würde zu weit führen, auch noch die Folge der Beitragsnachzahlungspflicht bis zur späteren Abmeldung daran zu knüpfen. Diese Erwägung traf unter altem Recht noch eher zu. Nachdem aber die Erstattungspflicht des § 50 Abs. 1 KrVersGes., die oft zu unbilligen Härten führte, beseitigt worden ist, bleiben lediglich die Strafvorschriften der §§ 530 Abs. 1, 531 Abs. 2 RVO. Diese werden wegen der kurzen Verjährungsfrist häufig versagen. Denn die Strafverfolgung wegen Nichtanmeldung Versicherungspflichtiger zur Krankenkasse verjährt gemäß §§ 530, 147 bereits drei Monate nach der Nachholung der Anmeldung, spätestens aber drei Monate nach dem Ende der Beschäftigung (Entsch. 2240, Amtl. Nachr. 1916 S. 597). Ist aber die Bestrafung nicht mehr möglich, so ist zugleich die noch wirksamere Maßnahme der Auferlegung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge (§ 531 Abs. 2) ausgeschlossen, weil sie eine vorhergehende Bestrafung voraussetzt (Entsch. 2058, Amtl. Nachr. 1915 S. 597). In solchen Fällen, die nicht selten eintreten, weil oft schon mehr als drei Monate nach dem Ende der Beschäftigung verflossen sein werden, wenn die Kasse von dem Beschäftigungsverhältnis nachträglich Kenntnis erhält, wäre dann der Arbeitgeber, der weder der Anmelde- noch der Abmeldepflicht genügt hat, tatsächlich im Vorteil gegenüber dem Arbeitgeber, der nur nicht rechtzeitig abgemeldet hat. Denn die Krankenkasse müßte sich darauf beschränken, von ihm die Beiträge für die Dauer der Beschäftigung nachträglich einzuziehen. Eine solche Folge kann aber nicht in der Absicht des Gesetzgebers liegen. Sie würde sich mit den Grundsätzen einer geordneten Geschäftsführung der Kasse nicht vertragen. Nach alledem bieten weder Wortlaut noch Zweck des § 397 einen Anhalt für die Annahme, daß diese Vorschrift für solche Fälle nicht gelten solle, in denen, wie vorliegend, An- und Abmeldung erst nachträglich gleichzeitig erfolgen. Vielmehr sind auch hier die Beiträge über das Ende der Beschäftigung hinaus bis zur Abmeldung fortzuzahlen (ebenso Hoffmann, Kommentar Anm. 4 zu § 397, Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 zu § 397, v. Frankenberg, Kommentar Anm. 2b zu § 397). Auch kann der Arbeitgeber nicht mit dem Einwand gehört werden, er habe in entschuldbarem Irrtum gehandelt. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der erwähnten Entscheidung 2054 näher ausgeführt hat, folgt aus der Natur des § 397 als einer Ordnungsvorschrift, daß die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge bis zur Abmeldung nicht bloß dann besteht, wenn diese schuldhafterweise unterblieben ist.

Einfluß der Dienstordnung auf den vor ihrem Inkrafttreten begründeten Pensionsanspruch der Hinterbliebenen eines Kassenangestellten.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 5. April 1917 (B. K. 248/16).

Durch die Entscheidung des Versicherungsamts ist die Krankenkasse verurteilt worden, der Witwe des Angestellten K. und ihrem minderjährigen Sohne Witwen- und Waisenpension zu gewähren, und zwar nach einem Pensionsregulativ der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu B., welches im Juli 1913 von der damaligen Generalversammlung auf Antrag des Vorstandes beschlossen und daraufhin den Kassenangestellten ausgehändigt wurde, worauf sich diese mit dem Inhalte einverstanden erklärten. Nach diesem auch von der Krankenkasse nicht bestrittenen Sachverhalt unterliegt es zunächst keinem Zweifel, daß der Angestellte K. Anspruch auf Pension und Hinterbliebenenfürsorge gemäß dem genannten Regulativ erlangt hat. Denn durch die Zustellung des Regulativs, welches im § 1 den Kassenangestellten eine Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge zusichert, an K. und dessen Erklärung, daß er die Bestimmungen für sich als verbindlich in vollem Umfange ausdrücklich anerkenne, ist eine Vereinbarung zwischen Kasse und Angestellten zustande gekommen, und es würde allen Grundsätzen von Treu und Glauben zuwiderlaufen, wenn die Kasse jetzt erklären wollte, daß sie der Verpflichtung zur Gewährung der Bezüge nach dem Regulativ enthoben sei, einfach weil sie eine Verpflichtung hierzu nicht mehr anerkenne.

Die Ansprüche des Kassenangestellten oder seiner Hinterbliebenen sind aber auch durch die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht hinfällig geworden. Ausschlaggebend ist in dieser Hinsicht der in dem Erkenntnis des Versicherungsamts am Schlusse vermerkte Umstand, daß die Dienstordnung für die Angestellten der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt B. erst nach dem am 4. Dezember 1915 erfolgten Tode des K. in Kraft getreten ist. Das Inkrafttreten der Dienstordnung hat allerdings nach Art. 34 EinfGes. zur RVO. die Wirkung, daß bereits bestehende Rechte der Kassenangestellten geändert und beseitigt werden können, worüber Art. 35 und 36 noch nähere Bestimmungen enthalten. Bis zum Inkrafttreten der Dienstordnung sind jedoch die bereits bestehenden Dienstverträge durch das Gesetz allein nicht geändert worden. Die Bestimmungen in Art. 35, 36 und 39 EinfGes. haben nur den Zweck, die beim Inkrafttreten der RVO. am 1. Januar 1914 bestehenden und seitdem fortbestehenden Ansprüche der Kassenangestellten mit der durch die Dienstordnung geschaffenen Neuordnung in Einklang zu bringen.

Nun sind allerdings nach Art. 38 EinfGes. verschiedene Bestimmungen der RVO. sofort, d. h. mit Erlaß des EinfGes. im Juli 1911 in Kraft getreten.

Digitized by Google

Durch diese Vorschrift werden aber die vermögensrechtlichen Ansprüche der bisherigen Angestellten unmittelbar nicht berührt. Vielmehr ist nur bestimmt, daß gewisse Änderungen in den Anstellungsverhältnissen nach den neuen Vorschriften der RVO. über das dabei zu beobachtende Verfahren vorgenommen werden sollen und für Kündigung und Entlassungen das neue Recht gelten soll. In ihrem Schriftsatz vom 9. Januar 1917 bestreitet die Krankenkasse, daß hiernach durch den Vorstand der früheren Allgemeinen Ortskrankenkasse zu B. über das Pensionsregulativ ordnungsmäßig, d. h. in getrennter Abstimmung beschlossen worden sei. Die vom Oberversicherungsamt von Amts wegen eingeforderten Vorgänge haben jedoch ergeben, daß das Regulativ im September 1912 durch den Kassenvorstand einstimmig angenommen worden ist. Damit wäre selbst den Vorschriften des Art. 38 EinfGes. in Verbindung mit §§ 349, 354 RVO. genügt. Indessen kommt es im vorliegenden Falle hierauf nicht an, da es sich nicht um die Besetzung einer Stelle im Kassendienst handelte, auch nicht um eine Kündigung oder Entlassung, vielmehr nur um eine Festsetzung von Dienstbezügen, welche bis zum 1. Januar 1914 noch nach altem Recht, und erst seit dieser Zeit nach § 355 RVO. im Wege der Dienstordnung mit behördlicher Genehmigung zu erfolgen hatte. (Vgl. Entsch. 2235 Amtl. Nachr. 1916 S. 591.) Hiernach war die Vorentscheidung aufrechtzuerhalten.

Diese Entscheidung ist vorbehaltlich der Klage im ordentlichen Rechtswege endgültig. (§ 358 RVO.)

Ersatzanspruch des Armenverbandes für Krankenhauspflege, wenn der Unterstützte keinen Anspruch auf Krankengeld hatte.

Rev.-Entscheidungen des **Reichsversicherungsamts** vom 23. April 1917 (2347, 2348, Amtl. Nachr. 1917 S. 470, 471).

a)

Nach § 1533 Nr. 2 in Verbindung mit § 1503 Abs. 1 RVO. sind für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns zu ersetzen, nach dem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt. Dazu kommt nach § 1533 Nr. 3 ein weiterer Anspruch auf Ersatz des Unterhalts des Unterstützten im Krankenhause. Der Anspruch auf Ersatz wird vorliegendenfalls nicht etwa dadurch beseitigt, daß M. selbst einen klagbaren Anspruch gegen die beklagte Kasse auf Einweisung in das Krankenhaus nicht hatte (zu vgl. Revisionsentsch. 935, 2191 und 2320, Amtl. Nachr. 1914 S. 818, 1916 S. 478, 1917 S. 388). Denn für den Ersatzanspruch des Armenverbandes kommt es nur darauf an, ob er die Leistung in der ihm obliegenden Weise gewährt hat. Trifft dies für die Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Krankenhause zu, so kann sich die Kasse nicht darauf berufen, daß sie zu einer solchen Leistung nicht verpflichtet gewesen wäre (zu vgl. Revisionsentsch. 1963, Amtl. Nachr. 1915 S. 364). Der Anspruch auf Ersatz der Krankenpflegekosten durch Zahlung von drei Achteln des Grundlohns ist somit jedenfalls begründet. Dagegen irrt das Oberversicherungsamt, wenn es als Ersatz der Unterhaltskosten vier Achtel des Grundlohns für drei Tage zuspricht. Dies ist schon deshalb unrichtig, weil nach § 1533 Nr. 3 Satz 3 RVO. für den Umfang des Ersatzanspruchs und das Maß des Zugriffs auf Krankengeld und ähnliche Leistungen laufender Art die §§ 1506 und 1507 daselbst entsprechend gelten. Da nun vorliegendenfalls bei der verhältnismäßigen Kürze des Krankenhausaufenthalts nicht angenommen werden kann, daß dem M. während dieser Zeit vollständiger Unterhalt im Sinne des § 1506 Abs. 2 RVO. gewährt worden ist, so wäre der Ersatzanspruch nach Abs. 1 daselbst jedenfalls nur bis zum halben Betrage des Krankengeldes begründet, das auf die Zeit fällt, für welche die Ansprüche auf Armenunterstützung und Krankengeld zusammentreffen. Aber auch in dieser Höhe besteht vorliegend der Ersatzanspruch nicht. Denn nach § 1531 RVO. hat der Ersatzanspruch des Armenverbandes zur Voraussetzung, daß der Hilfsbedürftige gegen die Kasse einen Anspruch nach der Reichsversicherungsordnung hatte bzw. noch hat; auch kann nur bis zur Höhe dieses Anspruchs Ersatz verlangt werden. Der Anspruch des Armenverbandes ist daher, wenn er auch rechtlich selbständig ist und der Rechtsübergang des früheren Rechts fortgefallen ist, doch insofern nach Bestand und Höhe von dem Anspruch des Hilfsbedürftigen abhängig. Demgemäß hat das Reichsversicherungsamt auch bereits entschieden, daß ein Ersatzanspruch insoweit nicht besteht, als der Rentenanspruch des Versicherten infolge von Aufrechnung gemäß § 1324 RVO. erloschen ist (zu vgl. Revisionsentsch. 2037, Amtl. Nachr. 1915 S. 55). Ferner ist nach § 1533 Nr. 3 RVO. der Unterhalt im Krankenhaus aus den entsprechenden Leistungen der Krankenkasse zu ersetzen, wobei für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhause die Hälfte des Grundlohns angesetzt wird. Nach § 184 RVO. tritt Krankenhauspflege an die Stelle von Krankenpflege und Krankengeld. Da aus den für Krankenpflege aufzuwendenden Mitteln die Kosten der Kur im Krankenhause zu ersetzen sind, so verbleibt für den Ersatz der Unterhaltskosten nur das Krankengeld (zu vgl. die nachstehend unter Ziff. 2348 abgedruckte Revisionsentsch. des erkennenden Senats vom 23. April 1917 [II a K E 270/16]). Vorliegend bestand aber ein Anspruch auf Krankengeld für M. nicht. Seine Krankheit hat mehr als drei Wochen gedauert; nach § 12 Abs. II der Kassensatzung wäre ihm daher das Krankengeld schon vom zweiten Tage der Arbeitsunfähigkeit an zu gewähren gewesen. Indessen ist diese Mehr-

Digitized by Google

leistung durch das Gesetz vom 4. August 1914 außer Kraft gesetzt und erst mit Wirkung vom 2. September 1915 ab wieder eingeführt worden, also zu einer Zeit, als M. bereits aus dem Krankenhaus entlassen war. Für die ersten drei Tage seiner Krankheit hatte er somit keinen Anspruch auf Krankengeld; damit entfällt aber auch der Ersatzanspruch des Armenverbandes insofern, als er aus dem Krankengelde zu befriedigen gewesen wäre. Die beklagte Kasse hat somit als Ersatz für die Behandlung des M. im Krankenhause nur drei Achtel des Grundlohns, das sind 5,63 ℳ, zu zahlen. Es war daher das Urteil des Oberversicherungsamts insoweit abzuändern.

b)

Was zunächst den Einwand anbelangt, daß der Lehrling P. nicht hilfsbedürftig im Sinne des § 1531 RVO. gewesen sei, so kann die Kasse mit ihm in der Revisionsinstanz nicht mehr gehört werden, nachdem sie in der mündlichen Verhandlung vor dem Oberversicherungsamt ausdrücklich anerkannt hat, daß Hilfsbedürftigkeit im armenrechtlichen Sinne vorgelegen habe. Das nunmehrige Bestreiten der Hilfsbedürftigkeit erscheint daher als eine neue Behauptung, deren Berücksichtigung in der Revisionsinstanz gesetzlich unzulässig ist. Es fragt sich weiter, ob etwa der Ersatzanspruch des Armenverbandes an dem Umstand scheitert, daß P. einen Anspruch auf Krankengeld nicht hatte. Dies ist in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Revisionsentsch. des erkennenden Senats 2266 (Amtl. Nachr. 1916 S. 738) zu verneinen, an denen der Senat festgehalten hat. Es läßt sich auch in der Tat kein Grund erkennen, warum bei unentgeltlich beschäftigten Lehrlingen ein Ersatzanspruch des Armenverbandes ausgeschlossen sein sollte, obwohl den Lehrlingen selbst ein Anspruch gegen die Krankenkasse, wenn auch nicht auf Krankengeld, so doch auf Krankenpflege zusteht. Denn nach § 1533 Nr. 2 RVO. sind Unterstützungen, die der Krankenpflege entsprechen, auch bei Behandlung im Krankenhaus aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Krankenkasse zu ersetzen, wobei gemäß § 1503 RVO. für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns anzusetzen sind, nach dem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt. Die Kosten der Krankenpflege sollten also, wie auch in der Begründung zur Reichsversicherungsordnung ausdrücklich hervorgehoben wird, aus den Mitteln ersetzt werden, die der Träger der Krankenversicherung für das Heilverfahren aufzuwenden gehabt haben würde, also aus dem Vermögen der Kasse selbst (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 3 zu § 1503, Anm. 6 zu § 1533). Der Ersatz sollte also nicht etwa aus dem Krankengelde des Unterstützten erfolgen, das hier nur insoweit in Betracht kommt, als der hierfür maßgebende Grundlohn den rechnerischen Maßstab für die Höhe des Ersatzes abgibt. Dagegen erscheint der Klageanspruch insoweit unbegründet, als auch für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhaus Ersatz verlangt wird. Denn nach § 1533 Nr. 3 RVO. ist der Ersatz auch hier aus den entsprechenden Leistungen der Krankenkasse zu leisten, wobei für den Unterhalt im Krankenhause die Hälfte des Grundlohns angesetzt wird. Nach § 184 RVO. tritt Krankenhauspflege an die Stelle von Krankenpflege und Krankengeld. Da aus den für die Krankenpflege aufzuwendenden Mitteln die Kosten für die Behandlung im Krankenhause zu ersetzen sind, so verbleibt zum Ersatz der Unterhaltskosten nur das Krankengeld, das hier also nicht lediglich den rechnerischen Maßstab, sondern auch den Gegenstand des Ersatzanspruchs bildet. Da aber vorliegendenfalls ein Krankengeldanspruch des Unterstützten nicht begründet war, so entfällt auch der hieraus zu befriedigende Ersatzanspruch des Ortsarmenverbandes.

C. Zur Unfallversicherung.

Verhältnis von Landwirtschaft und gleichzeitig betriebener Gärtnerei.

Entscheidung des bayer. Landesversicherungsamts vom 9. Dezember 1916.

Die zuständige landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft hatte für den Gärtnereibetrieb des K. in D. einen nach der Unfallgefahr abgestuften Beitrag für 1915 festgesetzt, da die Gärtnerei einen Nebenbetrieb der Landwirtschaft des K. bilde (Art. 28 Abs. 1 Ziff. 2 des bayer. Ausf.-Ges. z. RVO.).

Es kann dahingestellt bleiben, ob bei K. dem Gärtnereibetrieb oder der gewöhnlichen Landwirtschaft das wirtschaftliche Übergewicht zukommt. Als landwirtschaftlicher Betrieb im Sinne des § 915 Abs. 1 RVO. galt auch die Gärtnerei (§ 917 Abs. 1). Ausgenommen von diesem allgemeinen Begriff der als landwirtschaftlicher Betrieb geltenden Gärtnerei sind lediglich die in Abs. 1 Ziff. 2 des Rdschr. des RVA. vom 28. Oktober 1903 (Amtl. Nachr. S. 591 ff.) aufgeführten Unternehmungen sowie die kleinen Haus- und Ziergärten (§ 917 Abs. 2 RVO.): zu vgl. Düttmann, Komm., Anm. 1 und 2 zu § 917 RVO.

K. übt die Landwirtschaft aus, indem er 1 ha

Digitized by Google

Acker und 0,68 ha Wiesen bewirtschaftet und zwei Kühe hält; er betreibt ferner die Gärtnerei auf einer Grundfläche von 0,5 ha. Die Grundstücke sind sein Eigentum. Die Gärtnerei besteht der Hauptsache nach im Gemüsebau auf diesem eigenen Besitz und dem Verkauf von Erzeugnissen in einem Laden. Kunst- und Handelsgärtnerei wird nicht betrieben. Die beiden in Frage stehenden Betriebszweige (Landwirtschaft und landwirtschaftliche Gärtnerei) stehen keinesfalls zueinander im Verhältnis eines Haupt- und eines Nebenbetriebs im Sinne des § 918 RVO., sondern in dem von zwei gleichzuachtenden landwirtschaftlichen Betriebsteilen nach § 915 Abs. 1 (vgl. Abs. 2 Buchst. c des angeführten Rdschr. des RVA.); sie bilden zusammen einen versicherungspflichtigen Betrieb (Düttmann, Komm., Anm. 4 Abs. 3, 4 zu § 918 RVO.). Ein Überwiegen von Tätigkeiten, die nicht unter die landwirtschaftliche Unfallversicherung fallen (Abs. 1 Ziff. 2 des erwähnten Rdschr.), ist offenbar ausgeschlossen (vgl. den Ergänzungsband zum Handb. der Unfallversf. 1913 S. 56, Anm. 67 Abs. 1 zu § 1 LUVG.).

Die Gärtnerei des K. könnte demnach zu besonderen Beiträgen nur aus dem Gesichtspunkte des Art. 29 des bayer. Ausf.-Ges. z. RVO. herangezogen werden. Hierbei kommt in Betracht, daß bei der Gärtnerei nicht etwa allgemein oder ohne weiteres die eigene Bodenbewirtschaftung als eine solche von nebensächlicher Bedeutung zu erachten ist; sie kann nur diese nebensächliche Bedeutung haben (vgl. die Begründung zu Art. 29 des bayer. Ausf.-Ges.). Ob letzteres zutrifft, ist von Fall zu Fall zu prüfen; es kommt jeweils darauf an, ob und inwieweit die Unfallgefahr in etwaigen Tätigkeiten außerhalb der eigenen Bodenwirtschaft liegt.

(Breithaupt.)

Zum Begriff des Nebenbetriebes (eines Schmiedemeisters); berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit.

Rek. Entscheidungen des **Reichsversicherungsamts** a) v. 1. März 1917 (I a 3712/16); b) v. 23. April 1917 (I a 3754/15).

a)

Der Schmiedemeister O. unterhält neben seiner Schmiede noch einen kleinen Kohlenhandel, in dessen Betriebe der Arbeiter Sch. beim Abladen von Kohlen tödlich verunglückte. Die Ermittlungen haben ergeben, daß der Kohlenhandel des O. als solcher zu der in Betracht kommenden Zeit wegen seines geringen Umfanges und nach der Art, in der er betrieben wurde, der gesetzlichen Versicherung nicht unterlegen hat. Insbesondere hat die beigeladene Detailhandels-Berufsgenossenschaft zutreffend ausgeführt, daß der Betrieb aus tatsächlichen Gründen ihr nicht zugehören könne. Hiernach konnte für die Frage, ob Sch. versichert gewesen ist, als er verunglückte, nur noch die Vorschrift des § 631 RVO. in Betracht kommen, wonach auch ein Betriebsteil eines einheitlichen Gesamtbetriebs, falls er als Nebenbetrieb des Hauptteils einen wesentlichen Bestandteil des Gesamtbetriebs bildet, der Genossenschaft zugehört, welcher der Hauptbetrieb angehört. Diese gesetzliche Vorschrift entspricht der Rechtsübung des Reichsversicherungsamts in der Anwendung des alten Rechts (§ 28 Abs. 2 GUVG.). Dabei hat das RVA. stets angenommen, daß auch ein an sich nicht versicherungspflichtiger Betriebsteil eines einheitlichen Gesamtbetriebs unter der angegebenen Voraussetzung der Versicherungspflicht unterliegt (Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. I S. 353 Anm. 11 zu § 28 GUVG.). Der erkennende Senat hat keine Veranlassung gesehen, von dieser Rechtsübung unter der Herrschaft des neuen Rechts abzuweichen. Er hatte sonach zu prüfen, ob der Kohlenhandelsbetrieb des O. als ein Nebenbetrieb des unzweifelhaft den Hauptteil des Gesamtunternehmens bildenden Schmiedebetriebs anzusehen ist und als solcher einen wesentlichen Bestandteil des Gesamtbetriebs darstellt. Beide Fragen hat er bejaht. O. betreibt den Kohlenhandel im engsten Anschluß an den Schmiedebetrieb. Er verwendet in ihm regelmäßig dieselben Arbeitskräfte wie im Schmiedebetrieb. Der Kohlenhandel hat zwar nur geringen Umfang, steht aber hierin dem von der Beklagten selbst als versicherten Nebenbetrieb des Schmiedebetriebs anerkannten Eisenhandel nur wenig nach. In Anbetracht der Tatsache, daß auch der Schmiedebetrieb sich in verhältnismäßig engen Grenzen hält, kann er jedenfalls nicht als ein unwesentlicher Bestandteil des Gesamtunternehmens gelten. Der Senat hat hiernach den Kohlenhandel als versicherten Nebenbetrieb des Schmiedebetriebs angesehen, der in Gemäßheit des § 631 RVO. zur beklagten Berufsgenossenschaft gehört. Daraus folgt, daß der Beklagte für die Folgen des Unfalls, den der Arbeiter Sch. im Kohlenhandel des O. erlitten hat, eintreten muß.

b)

Die Entscheidung hängt davon ab, ob der Lohndreschbetrieb des G. versicherungsrechtlich als selbständiger Betrieb oder als ein Nebenbetrieb, sei es der Landwirtschaft, sei es des Schmiedebetriebs des genannten Unternehmers anzusehen ist. Im ersteren Falle würde, da der Verletzte in dem Dreschbetriebe verunglückt ist, die Nordwestliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft seine Entschädigung zu übernehmen haben. Andernfalls würde diese von der Berufsgenossenschaft zu tragen sein, der der Hauptbetrieb zugehört, welchem der Dreschereibetrieb zu folgen hat. In Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Verhältnisse des G., die sich in recht engen Grenzen halten, hat das Reichsversicherungsamt den Dreschbetrieb nicht als einen für sich zu betrachtenden Bestandteil des Gesamtunternehmens gelten lassen können. Der Betrieb, der nur

Digitized by Google

während einer beschränkten Zeit im Jahre im Gange ist, wirft einen bescheidenen Gewinn für den Unternehmer ab und hat nicht einen Umfang, welcher es rechtfertigen könnte, den Unternehmer, der bereits Mitglied von zwei Versicherungsträgern ist, zum Mitglied einer dritten Berufsgenossenschaft zu machen, wenn hierfür nicht besonders gewichtige Gründe sprechen, was tatsächlich nicht der Fall ist. Abgesehen hiervon ist nicht zu verkennen, daß zwischen dem Dreschbetriebe des G. und seinem Schmiedebetriebe manigfache Beziehungen bestehen, die ein Ineinandergreifen dieser Betriebe bewirken. Es besteht ein örtlicher Zusammenhang und ein technischer insofern, als zum wenigsten kleinere Reparaturen an der Dreschmaschine von dem Unternehmer in dem eigenen Schmiedebetriebe werden vorgenommen werden. Zwar ergeben hierüber die Akten nichts besonderes. Diese Unterstellung findet aber ohne weiteres eine genügende Stütze in der Erfahrung in ähnlich liegenden Verhältnissen und in der Tatsache, daß der Dreschbetrieb bei seinem kleinen Umfange keinen Gewinn abwerfen könnte, wenn nicht die Möglichkeit bestände, die nicht seltenen Reparaturen an der Maschine in eigener Werkstätte auszuführen. Daß ein wirtschaftlicher Zusammenhang zwischen den beiden Betrieben besteht, bedarf nach Lage der gesamten Verhältnisse des Unternehmens keiner Erörterung. Ebensowenig kann darüber ein Zweifel bestehen, daß der Schmiedebetrieb des G. gegenüber seinem Dreschbetriebe den Schwerpunkt des Gesamtunternehmens bildet. In jenem wird das ganze Jahr hindurch gearbeitet, in diesem nur wenige Monate. Im Schmiedebetrieb ist neben dem Unternehmer ständig eine versicherungspflichtige Person tätig, für den Dreschbetrieb wird nur vorübergehend eine Arbeitskraft angenommen. Mit Rücksicht hierauf kann der Feststellung, daß sich die Einnahmen aus den beiden Betrieben ungefähr auf gleicher Höhe halten, keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden. Das Reichsversicherungsamt hat nach alledem den Dreschbetrieb als einen Nebenbetrieb des Schmiedebetriebs des G. angesehen. Nach § 631 RVO. ist er der Berufsgenossenschaft zuzuteilen, welcher der Hauptbetrieb angehört, also der Schmiede-Berufsgenossenschaft. Diese muß also den verletzten K. entschädigen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Arbeiterschutzgesetzgebung — eine Staatsnotwendigkeit

lautet der Titel einer von Dr. Leo Verkauf in Wien verfaßten, im Verlage des „Arbeiterschutz" erschienenen Denkschrift, die, im Auftrage der Reichskommission der Krankenkassen Österreichs und der Gewerkschaftskommission Österreichs, der österreichischen Regierung überreicht worden ist. In den einleitenden Bemerkungen heißt es:

Noch vor wenigen Jahren war der entscheidende Gesichtspunkt für die Arbeiterschutzgesetzgebung das körperliche und geistige Wohl des einzelnen Arbeiters, bestenfalls das Interesse der Arbeiterfamilie. Von diesem Standpunkte aus entschloß man sich zuerst zum Kinder- und Frauenschutz und nur langsam und zögernd — in Österreich allerdings schon im Jahre 1885 — auch zum Schutze der erwachsenen Männer. Bald trat indessen bei uns in derselben Zeit, in welcher Deutschland, Frankreich und England eine rege gesetzgeberische Tätigkeit auf sozialpolitischem Gebiet entfalteten, ein völliger Stillstand, ja eine Rückbildung ein. Wir kamen so vollständig ins Hintertreffen.

Seit wenigen Jahren ist ein neues Motiv in den Mittelpunkt der theoretischen Erörterungen über den Arbeiterschutz getreten: die staatliche Bevölkerungspolitik. Der rapide Rückgang der Geburtenzahl in Österreich, die große Säuglingssterblichkeit, die geringe Abnahme der Mortalität der Gesamtbevölkerung drängten und drängen zu Betrachtungen, die immer wieder zur Frage zurückkehren: Wie ist es zu verhüten, daß der Geburtenrückgang und die hohe Sterblichkeit uns zu französischen Zuständen führen? Es wird ja immer klarer, daß das arbeitende Mädchen in seiner körperlichen Entwicklung von der Art und Dauer der Arbeit beeinflußt wird. Es ist einleuchtend, daß — will man das Kind schützen — die schwangere Frau gerade so wie die Mutter des Schutzes vor körperlicher Schädigung bedarf. Es ist ebenso sicher, daß jugendliche Personen und Erwachsene nicht ihrem Schicksal, das heißt dem Ermessen der Fabrikanten und Gewerbeinhaber überlassen werden dürfen, sollen Geburtenhäufigkeit und Sterblichkeit den Interessen des Staates entsprechend sich entwickeln. So kommt der Gedanke in den Vordergrund: Das Staatsinteresse fordert die Weiterbildung der Arbeiterschutzgesetzgebung; die Bevölkerungspolitik muß bei uns wie in jedem modernen Lande zu einer bewußten und systematischen Arbeiterpolitik führen.

Der Krieg hat nunmehr eine dritte Phase geschaffen und ein weiteres Moment in den Vordergrund der Betrachtungen gerückt: Frauen und jugendliche Personen wurden während des Krieges zu Trägern der Arbeit in Industrie und Handel, wobei die Gefahr droht, daß nach Beendigung des Krieges eine wesentliche geschlechtliche Verschiebung unter den Berufstätigen kaum eintreten wird. Der enorme Verlust an vollkräftigen Männern, die Rückkehr von hunderttausenden Invaliden, die verschlechterte Gesundheit vieler aus der Front heimkehrender Nichtinvalider, aber auch die körperliche Schwächung von jugendlichen Personen und Frauen durch Überarbeit und Unterernährung werden überdies eine wesentlich geringere geistige und körperliche Kräftesumme des Menschenmaterials für Industrie und Handel nach Friedensschluß zur Verfügung stellen. Die Gefahr besteht, daß Frauen, Mädchen und Jugendliche, aber auch Invalide in unseren Fabriken und Werkstätten, unseren Bureaus und Handelsbetrieben in ganz

Digitized by Google

anderen Massen die Arbeit auf sich nehmen müssen als vor dem Jahre 1914. Das bedeutet neben einer gesteigerten Gefährdung von Leben und Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung, einer Beeinträchtigung aller Bemühungen auf Besserung der Geburten- und Sterblichkeitsverhältnisse, auch noch eine Bedrohung der Lebenshaltung der Männer und damit ihrer Familien. Die billige Frauenarbeit wird eine Senkung des Preises der Arbeitskraft für Männer in einer Zeit bewirken, in welcher die Kosten der Lebenshaltung höhere sein werden als vor Ausbruch des Krieges.

Vom Standpunkte der Schonung des einzelnen Arbeiters, vom Gesichtspunkte der staatlichen Bevölkerungspolitik, aber auch im Hinblick auf die geminderte Widerstandsfähigkeit der männlichen und weiblichen Arbeitskräfte als Folge des Krieges, der Überarbeit und der Unterernährung kann dem einzelnen Unternehmer wie der ganzen Unternehmerschaft Raubbau an den Arbeitskräften nicht gestattet werden. Die gegenwärtige Generation muß wie im eigenen so auch im Interesse der künftigen Geschlechter eines größeren und intensiveren Schutzes teilhaftig werden, als ihn die Gesetzgebung bisher gekannt hat. . . .

Im einzelnen behandelt die Schrift dann den Schutz der Frauen, der Kinder, der Jugendlichen, der erwachsenen Männer, der Heimarbeiter, die Sozialversicherung, die Arbeitslosigkeit und den Arbeitsnachweis. Lehrreiche Beilagen sind beigefügt über die Wirkungen des Krieges, über die geschlechtliche Zusammensetzung der Arbeiterschaft, ärztliche Urteile über die Wirkungen der Kriegsarbeit, endlich eine Darstellung der Wirkungen des Krieges auf die Betriebsunfälle mit statistischen Angaben und zahlreichen Mitteilungen über Einzelfälle.

Die betrüblichen Schlußbetrachtungen lauten: „In einem späteren Zeitpunkt wird man erst in der Lage sein, die Verwüstungen zu überblicken, welche durch die wahllose Verschwendung von Frauen und Jugendlichen in den industriellen Betrieben an der Volkskraft des Staates angerichtet worden sind. Man mutet heute weiblichen und jugendlichen Arbeitern enorm lange Arbeitszeit, vielfach ohne genügende Ruhepausen, zu. Man erlegt ihnen Nachtarbeit auf. Man gönnt ihnen nicht selten auch keine Sonntagsruhe. Kinder, halbwüchsige Jungen und Mädchen stellt man an die gefährlichsten Maschinen, mit denen früher die vieljährige Erfahrung und die Vollkraft eines tüchtigen Arbeiters vielfach um die eigenen gesunden Glieder kämpfen mußten.*)

Die Wirkungen dieser rücksichtslosen Verwendung der „Hände" sind natürlich nicht ausgeblieben. Unsere Ärzte schildern sie in beredten Worten; jeder einzelne von uns angeführte Betriebsunfall — und wir haben nur wahllose Stichproben liefern können — demonstriert sie dem Sehenden. Diese Wirkungen sind nicht mehr gutzumachen. Aber die eine Folge sollten sie wenigstens haben, daß der Staat in der kommenden Friedenszeit seine Vollkraft mehr schützt, als er dies vor dem Krieg und während desselben getan hat. Er lerne aus den traurigen Erfahrungen! Die kommenden Generationen sollen die Lücken wieder füllen, die der männermordende Krieg in leider so großem Umfange gerissen hat. Dazu bedarf es vor allem eines ganz anderen Schutzes von Kindern, Jugendlichen und Frauen, als er bis 1914 gewährt wurde. Der Staat schützt sich und sein Interesse, indem er die Ausbeutungsfreiheit auf engere Grenzen einschränkt."

*) Anmerkung der Schriftleitung: Bei uns im Reich hat das Reichsversicherungsamt in einem Rundschreiben vom 20. Dezember 1916 (Amtl. Nachr. S. 770, ArbVers. 1917 S. 401) die gewerblichen Berufsgenossenschaften darauf hingewiesen, in welcher Weise das vaterländische Gebot der Stunde, bei Beschäftigung weiblicher und jugendlicher Personen sowie Kriegsbeschädigter, mit den Forderungen des Unfallschutzes in Einklang gebracht werden kann. In entsprechender Weise hat das Reichsversicherungsamt auch die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften durch ein Rundschreiben vom 13. Februar 1917 (Amtl. Nachr. S. 233) auf die Notwendigkeit hingewiesen, im Hinblick auf die Verwendung von weiblichen und jugendlichen Personen sowie von Kriegsbeschädigten der Unfallfürsorge besondere Sorgfalt zuzuwenden.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über den Erstattungsanspruch gemäß § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte im Falle des Todes Versicherter.

(Neue Fassung.)

I. Beim Tode eines nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte Versicherten haben die Hinterbliebenen nur dann Anspruch auf eine Rente, wenn die Wartezeit erfüllt ist. Die Wartezeit für die Hinterbliebenenrente beträgt mindestens 60 Beitragsmonate, sie kann daher frühestens am 1. Januar 1918 erfüllt sein. Bis zu diesem Zeitpunkt ist also ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente nicht gegeben, es sei denn, daß der Verstorbene gemäß § 395 des Gesetzes die Wartezeit durch Einzahlung eines entsprechenden Kapitals bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte abgekürzt hatte.

II. Diese Regelung würde für die Übergangszeit zu Härten führen. Ihnen vorzubeugen ist der Zweck des § 398 des Gesetzes.

1. Hiernach steht, wenn ein Angestellter stirbt und der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 1928 eingetreten ist, ohne daß die Hinterbliebenen einen Anspruch auf die Leistungen des Gesetzes geltend machen können, der hinterlassenen Witwe oder dem Witwer oder, falls solche nicht vorhanden sind, den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen eingezahlten Beiträge zu. Bei der freiwilligen Versicherung werden drei Viertel der von dem freiwillig Versicherten eingezahlten Beiträge zurückerstattet.

2. Uneheliche Kinder haben den Anspruch nur im Falle des Todes ihrer Mutter (Endgültige Entscheidung des Schiedsgerichts, z. B. in G 205 AVN. 1915 S. 115).

3. Anderen Personen als den aufgeführten, insbesondere Eltern und Geschwistern, steht ein Anspruch auf Erstattung gemäß § 398 nicht zu (Endgültige Entscheidung des Schiedsgerichts, z. B. in G 89, G 164). Für Eltern und Geschwister kommt aber ein Erstattungsanspruch nach § 60 in Frage, falls es sich um weibliche Versicherte handelt, die nach Ablauf der Wartezeit von mindestens 60 Beitragsmonaten gestorben ist. Hierüber teilt der Rentenausschuß auf besondere Anfrage das Nähere mit.

4. Der Erstattungsanspruch ist ferner ausgeschlossen, wenn der Verstorbene auf Grund einer privaten Versicherung gemäß § 390 des Gesetzes von der Entrichtung der ihm obliegenden Beitragshälfte befreit war (Endgültige Entscheidung des Schiedsgerichts, z. B. in G 86 AVN. 1914, S. 269).

5. Unterstützungen oder dergleichen sieht das Gesetz nicht vor. Ausnahmen sind nicht statthaft, auch nicht

Digitized by Google

in Fällen besonderer wirtschaftlicher Notlage (Endgültige Entscheidung des Schiedsgerichts, z. B. in G 179).

III. Voraussetzung des Anspruchs ist, daß die Anwartschaft gemäß den §§ 49, 50 des Gesetzes aufrechterhalten ist (Endgültige Entscheidung des Schiedsgerichts in G 2204/16 AVR. 1916 S. 228). Falls einem Erstattungsantrage in dieser Hinsicht Bedenken entgegenstehen, wird der Rentenausschuß für den einzelnen Fall das Nähere mitteilen.

IV. Der Anspruch verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Versicherten geltend gemacht wird. Es kommt dabei nicht darauf an, ob der Anspruchsberechtigte von dem Anspruch, dieser Ausschlußfrist oder von dem Tod gewußt hat (Endgültige Entscheidung des Schiedsgerichts, z. B. in G 4200/15. G 1353/15.) Rechtswirksame Geltendmachung des Anspruchs kann beim Rentenausschuß, einem anderen Organ der Reichsversicherungsanstalt oder einer anderen inländischen Behörde erfolgen und liegt auch schon dann vor, wenn von einer dieser Stellen auf Vorsprache das Bestehen eines Anspruchs fälschlich verneint und infolgedessen die Antragstellung unterlassen wurde (Endgültige Entscheidung des Schiedsgerichts in G 12409/15). Für die Antragsfrist bei kriegsvermißten Versicherten und infolge des Kriegs an der Antragstellung verhinderten Berechtigten gelten die unter Ziffer VI 2 bis 4 angegebenen Besonderheiten.

V. Der Antrag ist von den anspruchsberechtigten Personen an den Rentenausschuß zu richten.

1. Die Witwe oder der Witwer haben einzureichen:
   a) eine standesamtliche Sterbeurkunde,
   b) eine nach dem Sterbetag des Versicherten ausgestellte standesamtliche Heiratsurkunde (nicht Trauschein),
   c) die Versicherungskarte der Angestelltenversicherung.

2. Für hinterlassene Kinder unter 18 Jahren sind einzureichen:
   a) die standesamtlichen Sterbeurkunden der Eltern,
   b) die standesamtlichen Geburtsurkunden der empfangsberechtigten Kinder,
   c) eine polizeiliche Bescheinigung, daß weitere Kinder unter 18 Jahren nicht vorhanden sind,
   d) die Versicherungskarte der Angestelltenversicherung.

3. Die minderjährigen Anspruchsberechtigten (Witwen, Witwer oder Kinder) zwischen 16 und 21 Jahren können den Antrag selbständig stellen. Doch kann auch der Vormund oder sonstige gesetzliche Vertreter den Antrag für sie stellen. Zur Empfangnahme des Geldes ist stets nur der gesetzliche Vertreter berechtigt; der Vormund hat hierzu seine Bestallung in Urschrift einzureichen.

4. Alle für den Erstattungsantrag erforderlichen Urkunden werden nach § 337 des Gesetzes gebühren- und stempelfrei ausgestellt. Sie bleiben bei den Akten des Rentenausschusses. Polizeilich beglaubigte Abschriften der Urkunden genügen, ausgenommen bei der Bestallung.

VI. Mit Rücksicht auf den Krieg gelten folgende Besonderheiten:

1. Bei gefallenen Versicherten
wird auf die Einreichung der standesamtlichen Sterbeurkunde bis auf weiteres verzichtet. An ihrer Stelle genügt die Einreichung einer Todesbescheinigung vom Nachweisebureau des für den Gefallenen zuständigen deutschen Kriegsministeriums, von der Verlustlistengruppe des k. und k. Kriegsministeriums in Wien oder vom gemeinsamen Zentralnachweisebureau der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz und des Vereins vom Roten Kreuz in den Ländern der heiligen Krone Ungarns in Wien VII, Stiftskaserne.

2. Bei kriegsvermißten Versicherten:
   a) Die einjährige Antragsfrist beginnt nach § 1 der Bundesratsbekanntmachung vom 11. Mai 1916 grundsätzlich erst mit dem Schlusse des Kalenderjahres, in welchem der Krieg beendet ist, wenn aber vorher
      A) der Tod des Versicherten in das Sterberegister eingetragen wird, mit dem Tage dieser Eintragung,
      B) der Versicherte für tot erklärt wird, mit dem Tage, an dem das die Todeserklärung aussprechende Urteil ergeht.
      Kommen beide Tage von A) und B) in Frage, so ist der frühere maßgebend.
   b) Bei kriegsvermißten Versicherten, deren Tod nachträglich festgestellt worden ist, muß für den Fall, daß der Antrag nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode gestellt ist, eine mit dem Datum der Eintragung in das Sterberegister versehene ausführliche standesamtliche Sterbeurkunde eingereicht werden. Ergibt sich hieraus nicht, daß der Versicherte kriegsvermißt war, so ist hierüber als Nachweis eine mit dem Dienstsiegel versehene Bescheinigung des militärischen Disziplinarvorgesetzten, der obersten Militärverwaltungsbehörde oder eines der unter Ziffer VI 1 bezeichneten amtlichen Nachweisebureaus beizubringen.
   c) Bei kriegsvermißten Versicherten, deren Tod nicht mit Sicherheit festgestellt ist, empfiehlt sich für die Hinterbliebenen, die Todeserklärung im Aufgebotsverfahren herbeizuführen, die vom Amtsgericht durch gebührenfreies Urteil auf Grund der Bundesratsbekanntmachung vom 18. April 1916 ausgesprochen wird, wenn vom Leben des Vermißten ein Jahr lang keine Nachricht eingegangen ist. Dies Urteil oder die auf Grund dessen erhältliche ausführliche standesamtliche Sterbeurkunde ist einzureichen.
      Sollten die Hinterbliebenen von der Herbeiführung der gerichtlichen Todeserklärung absehen, so kann die Beitragserstattung auch ohne diese und ohne standesamtliche Sterbeurkunde auf Grund von § 33 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wegen Verschollenheit erfolgen, wenn von dem Vermißten während eines Jahres keine glaubhaften Nachrichten eingegangen sind und die Umstände seinen Tod wahrscheinlich machen. Die hierzu einzureichenden Unterlagen teilt der Rentenausschuß auf besondere Anfrage mit.

3. Sind die Anspruchsberechtigten infolge von Kriegsverhältnissen verhindert gewesen, den Erstattungsanspruch innerhalb der zulässigen Fristen geltend zu machen, so gilt nach § 2 der Bundesratsbekanntmachung vom 11. Mai 1916 der Anspruch als rechtzeitig erhoben, wenn er vor dem Ablauf von 3 Monaten nach dem Wegfall des Hindernisses geltend gemacht worden ist. Als derartige Verhinderung gilt z. B. Verschleppung in Feindesland, aber auch Verzögerung der amtlichen Todesnachricht über einen Kriegsteilnehmer.

4. Ist der Antrag bei Kriegsvermißten oder gemäß Ziffer 3 verhinderten Anspruchsberechtigten nach

Digitized by Google

dem 31. Juli 1914 wegen Verfalls der Antragsfrist rechtskräftig abgelehnt worden, so prüft der Rentenausschuß nach § 4 der Bekanntmachung des Bundesrats vom 11. Mai 1916 von Amts wegen, ob diese für den Berechtigten günstiger ist, und erteilt bejahendenfalls oder auf Verlangen des Berechtigten einen neuen Bescheid.

5. Kriegsdienstzeiten werden bei der Berechnung der Beitragserstattung nicht angerechnet, sondern nach § 1 der Bundesratsbekanntmachung vom 26. August 1915 nur auf die Wartezeiten und bei Berechnung der Versicherungsleistungen an Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten.

6. Versicherte Kriegsteilnehmer, die infolge ihrer Teilnahme an dem Kriege dauernd berufsunfähig geworden sind oder werden, erhalten nach der Bundesratsbekanntmachung vom 26. Mai 1916 auf ihren Antrag die Hälfte der für sie entrichteten Pflichtbeiträge, bei freiwilliger Versicherung drei Viertel der Beiträge erstattet. Der Anspruch verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit geltend gemacht wird; die Frist beginnt jedoch nicht vor Schluß desjenigen Kalenderjahres zu laufen, in welchem der Krieg beendet ist. Auch dieser Antrag ist an den Rentenausschuß zu richten.

Über Versicherungspflicht nach dem AngestVersGes. entnehmen wir dem Berichte des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt über das Geschäftsjahr 1916 (Juniheft der AngestVersNachr.) folgende Mitteilungen über die Spruchübung der zuständigen Stellen:

Die Streitsachen über die Versicherungspflicht nahmen auch in diesem Berichtsjahre trotz des Krieges erheblich zu. Mehr und mehr sind auch die Rechtsmittelinstanzen (Oberschiedsgericht und Schiedsgericht) in Tätigkeit getreten und haben bereits weite Gebiete der Versicherungspflicht geklärt. Die RfA. hatte hierbei oftmals in Rechtsmittelschriftsätzen ihre Stellung darzulegen. Im übrigen ergab sich wiederholt die Notwendigkeit, grundsätzlich zu Fragen Stellung zu nehmen, die der Krieg neu hat auftauchen lassen. Hierher gehört vor allem die Regelung der Versicherungspflicht der vom Militär in bürgerliche Berufe Entlassenen, Beurlaubten oder Abkommandierten. Weiter brachte die Bundesratsverordnung vom 30. September 1916 eine grundsätzliche Regelung der Frage der Versicherungspflicht solcher Personen, die nur im Krieg vorübergehend eine unter das VGfA. fallende Tätigkeit ausüben. Es wurde im wesentlichen der in den AVN. 1914 S. 70 mitgeteilte Grundsatz des Direktoriums bestätigt; hiernach sind Personen, die vor dem gegenwärtigen Kriege eine an sich nach dem VGfA. versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, hinsichtlich einer nur für die Dauer des Kriegszustandes angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht versicherungspflichtig nach dem VGfA. Zugleich wurde als neue Bestimmung ein Widerspruchsrecht des Angestellten binnen einer bestimmten Frist eingeführt, kraft dessen er auch beim Vorliegen der für die Versicherungsfreiheit gegebenen Voraussetzungen als versicherungspflichtig gilt. Die Auslegung einzelner Zweifelsfragen der genannten Bundesratsverordnung wird zur Zeit in verschiedenen Streitverfahren ausgetragen.

Weiter beschäftigte die Spruchbehörde wiederholt der Fall, daß beurlaubte Militärpersonen während ihres Urlaubs in einem bürgerlichen Berufe gegen Entgelt tätig sind. Eine höchstinstanzliche Entscheidung, ob und wann in solchen Fällen die Versicherungspflicht Platz greift, liegt noch nicht vor. Zunächst ist seitens des Direktoriums in dem Sinne Stellung genommen worden, daß nur im Falle einer Kommandierung die Tätigkeit als im Militärdienst ausgeübt angesehen wird, in allen übrigen Fällen dagegen die allgemeinen Vorschriften über die Versicherungspflicht angewendet werden. Dies steht im Einklang mit dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums vom 17. Mai 1916 (AVN. 1916 S. 259, Armeeverordnungsblatt Nr. 330 S. 216), wonach Personen des Soldatenstandes, die in Privatbetrieben beschäftigt werden, nur dann der Angestelltenversicherung unterliegen, wenn sie „beurlaubt" sind, dagegen nicht bei „Kommandierungen".

Mancherlei neue Fragen für die Angestelltenversicherung brachte auch das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916.

Der in den AVN. 1916 S. 88 mitgeteilte Standpunkt des Oberschiedsgerichts bei der Abgrenzung der selbständigen Gewerbetreibenden von den Angestellten, wonach in erster Linie auf die gesamte wirtschaftliche Gestaltung, weniger auf die rechtliche Natur der Vertragsbeziehungen Gewicht gelegt wird, ist durch weitere Entscheidungen bestätigt worden. Wiederum trafen die Entscheidungen auf diesem Gebiete zum großen Teil die Fragen der Versicherungspflicht von Agenten. Aber auch außerhalb dieses Personenkreises hatte das Oberschiedsgericht Gelegenheit, diese Grundsätze anzuwenden. So hat es in einer Entscheidung vom 11. Februar 1916 bei entgeltlicher Beschäftigung unter Verwandten ausgesprochen, daß das Vorliegen verwandtschaftlicher Beziehungen an und für sich zwar nicht das Zustandekommen eines versicherungspflichtigen Angestelltenverhältnisses hindere, daß dabei aber im einzelnen Falle zu prüfen sei, ob tatsächlich ein Verhältnis der persönlichen und wirtschaftlichen Abhängigkeit bestehe, wie es zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu bestehen pflegt. Dies sei insbesondere dann zu verneinen, wenn ein Sohn zum Geschäftsnachfolger seines Vaters bestimmt sei und er tatsächlich bereits die Stelle eines Mitinhabers einnehme. Aus ähnlichen Erwägungen sind entgegen der seitherigen Praxis der RfA. Krankenschwestern, die bei wechselnden Auftraggebern Privatpflege ausüben, nicht als Angestellte, sondern als selbständige Gewerbetreibende vom Oberschiedsgericht anerkannt worden (Entsch. vom 10. November 1916). Zur Vermeidung von Zweifeln sei jedoch bemerkt, daß sich diese Entscheidung nicht auf die große Zahl der Krankenschwestern bezieht, die in einem Angestelltenverhältnis zu einem Mutterhaus stehen.

Wie in der Natur der Sache begründet, trat die Entscheidung darüber, ob Angestellte sich in leitender Stellung befinden, nur in ganz seltenen Fällen in den Vordergrund, da regelmäßig die Feststellung ausreichte, daß sie sich jedenfalls in gehobener Stellung nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 VGfA. befanden. Der Unterschied zwischen Nr. 1 und 2 gewinnt damit nur theoretische Bedeutung und scheidet für die Praxis im wesentlichen aus.

Auch in diesem Jahre hatte die RfA. zahlreiche Fälle von Versicherungspflicht aus der Textilindustrie zu bearbeiten und im Streitverfahren zum Austrag zu bringen. Im großen und ganzen sind auf diesem

Digitized by Google

besonders wichtigen Gebiete nunmehr die großen Richtlinien in einer Reihe von Entscheidungen niedergelegt. Es handelt sich dabei im wesentlichen um die Versicherungspflicht von Stuhl- und Webmeistern, Spinn-, Krempel-, Selfaktor-, Appretur-, Walk-, Batteurmeistern. Das gleiche gilt von der Versicherungspflicht der Poliere im Baugewerbe und der Schachtmeister. Erwähnt seien auch die Entscheidungen über die Versicherungspflicht des im Hauswesen beschäftigten Personals (Hausdame, Stütze usw.), ferner diejenigen der Hotelangestellten (Geschäftsführer, Hotelportiers, Küchenmeister). In diesen Entscheidungen kommt besonders zum Ausdruck, daß für das Merkmal der gehobenen Stellung nicht ausschließlich das Vorhandensein von Leitungs- und Aufsichtsbefugnissen, sondern die Art der Tätigkeit selbst ausschlaggebend ist. Dabei wird bei einer Beschäftigung, die aus gehobenen und nicht gehobenen Verrichtungen zusammengesetzt ist, das entscheidende Gewicht darauf gelegt, ob die gehobene Tätigkeit der Gesamtbeschäftigung „das Gepräge gibt".

Die Versicherungspflicht der Bureauangestellten stellte wiederum einen sehr wesentlichen Teil der von der Rechtsprechung behandelten Fragen. U. a. wurde die Frage der Versicherungspflicht eines Bureauangestellten bei gleichzeitiger Ausübung niederer und sonstiger — und zwar mechanischer und höherer — Verrichtungen geklärt. Das Oberschiedsgericht verneint die Versicherungspflicht, wenn die niederen Dienstleistungen überwiegen. Es hat also auf diesen Fall seinen Grundsatz, daß die Versicherungspflicht schon dann Platz greife, wenn der Angestellte nur in geringem Umfange neben mechanischen Dienstleistungen nichtmechanische Verrichtungen ausübe, nicht ausgedehnt. In Einzelfällen war der Begriff der mechanischen Dienstleistungen festzustellen. Als nichtmechanische Bureautätigkeit wurde z. B. jedes Ausfüllen von Formularen auch einfacher Natur angesehen, sofern es sich nicht um ein einfaches wörtliches Abschreiben eines Formulars in ein anderes, gleiches Formular mit genau derselben Anordnung der Spalten handelt.

Die Grenzlinien zwischen dem nichtversicherungspflichtigen, nicht in gehobener Stellung befindlichen Gewerbegehilfen und dem nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 VGfA. versicherungspflichtigen Handlungsgehilfen sind schärfer ausgearbeitet worden. Es werden aber immer und immer wieder Zweifelsfälle vorkommen, wo nur die Gesamtheit der Umstände des Einzelfalls entscheiden kann. Schwierigkeiten bereiten vorwiegend diejenigen Fälle, in denen Personen in dem Übergangsstadium zwischen der gewerblichen Herstellung der Waren und ihrem kaufmännischen Vertriebe beschäftigt werden.

Auch in diesem Berichtsjahre mußten wiederholt allgemeine Ermittlungen, regelmäßig unter Mitwirkung der Ortsausschüsse und der nach § 215 ernannten Beauftragten, über das Vorhandensein noch nicht angemeldeter versicherungspflichtiger Musiker angestellt werden. Dabei zeigte sich immer noch, daß die Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts über die Versicherungspflicht der in Cafés usw. beschäftigten Musikkapellen nicht ausreichend bekanntgeworden ist.

Nicht selten wurde zweifelhaft, ob sogenannte Kindererzieherinnen unter den Begriff der Erzieherin im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 5 VGfA. fielen. Es zeigte sich, daß auch hierbei je nach Lage der Umstände die Grenzlinien sehr verschwommen sein können, und zwar je nachdem die reine körperliche Pflege und Wartung der Kinder oder die eigentlich erzieherische Tätigkeit der Gesamtstellung der Angestellten das Gepräge gibt. Das Oberschiedsgericht hat in einer Reihe derartiger Fälle Stellung genommen.

Die Frage der Versicherungspflicht der Schiffsführer sowie auch des im Maschinenbetrieb verwendeten Personals konnte ihrer allgemeinen Lösung nähergebracht werden. Zweifel in Einzelfällen bestehen zwar noch. Immerhin aber sind für die Versicherungspflicht von Schiffsführern, Schleppkahnführern, Schleppdampferführern und dergleichen die Grundzüge festgestellt. Als besonders wichtig verdient hier hervorgehoben zu werden, daß der Begriff des Schiffsführers, obwohl er dem Binnenschiffahrtsgesetz fremd ist, doch versicherungsrechtlich auch auf die Binnenschiffahrt angewendet wird.

Für die Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 6 VGfA. ist ausschlaggebend, ob die Tätigkeit im Hauptberuf ausgeübt wird. Die feste Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts geht im Einklang mit der Rechtsübung der RfA. dahin, daß der Hauptberuf bei Ausübung mehrerer Beschäftigungen unter Zusammenrechnung aller unter das VGfA. fallenden Tätigkeiten bestimmt wird. Demgemäß ist z. B. ein Postagent und nichtpensionsberechtigter Gemeindevorsteher, der diese Ämter entgeltlich derart ausübt, daß sie zusammen seinen Hauptberuf bilden, mit beiden Beschäftigungen versicherungspflichtig. Auch im übrigen war die Frage des Hauptberufs in einer sehr großen Zahl von Fällen zu erörtern.

Lücken in der Unfallversicherung feindlicher Ausländer.

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung der Angehörigen feindlicher Staaten herrschen noch große Unklarheiten und Widersprüche. Nach der nach Kriegsausbruch geübten Rechtsprechung sollten die in Deutschland zurückgehaltenen feindlichen Ausländer wie auf den anderen Gebieten der Reichsversicherung so auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung nicht versicherungspflichtig sein (vgl. ArbVers. 1917 S. 272). So fällte das Reichsversicherungsamt am 5. Oktober 1916 (vgl. ArbVers. 1916 S. 776) die Entscheidung, daß der in Rußland geborene russische Staatsangehörige R., der sich seit 15 Jahren in Deutschland aufhält und schon jahrelang vor Kriegsausbruch auf der Grube Marga (Niederlausitz) arbeitete, wegen seines Betriebsunfalles am 8. Februar 1915 Ansprüche nicht habe, da er als unfreier Arbeiter anzusehen sei.

Im Gegensatz zu dieser Rechtsauffassung sind von vornherein, z. B. nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 497, ArbVers. 1916 S. 442) die während des Krieges freiwillig zur Arbeit nach Deutschland gekommenen russisch-polnischen Arbeiter als gegen Betriebsunfälle versichert angesehen worden. Laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 25. Januar 1917 hat sogar der Bundesrat eine Verordnung erlassen, nach der diejenigen Angehörigen feindlicher Staaten, welche, ohne Kriegsgefangene zu sein, auf Grund von Maßnahmen der deutschen Heeresverwaltung zum Zwecke ihrer Beschäftigung nach Deutschland gekommen oder überführt worden sind, den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Kranken- und Unfallversicherung unterstellt sind, soweit sie nicht etwa schon nach diesen Vorschriften versichert waren. Für diese Ausländer gelten auch das Gesetz,

Digitized by Google

betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 und § 2 der Bekanntmachung über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915. Diese Regelung der Versicherungspflicht der erst nach Kriegsausbruch hereingekommenen Ausländer stand in offenem Widerspruch zu derjenigen der schon vor dem Kriege in Deutschland sich niedergelassenen Angehörigen feindlicher Staaten. Um hier einen Ausgleich zu schaffen, folgte dann die Verordnung des Bundesrates vom 30. März 1917, die auch diejenigen Angehörigen feindlicher Staaten unter die zuletzt aufgeführten Bestimmungen stellt, die wegen der ihnen durch Anordnung deutscher Behörden auferlegten Beschränkungen den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht unterliegen. Die Verordnung soll indes nur erst mit Wirkung vom 1. Januar 1917 an in Kraft treten. Diese Beschränkung läßt nun viele Härten weiter bestehen. Es bleiben noch diejenigen Ausländer von der Fürsorge ausgeschlossen, die bis zum 1. Januar 1917 verunglückten. Und das ist eine sehr große Zahl. Es befinden sich viele darunter, die schon jahrzehntelang vor dem Kriege in Deutschland arbeiteten. Als sich die Anzeichen des Krieges bemerkbar machten, hätten diese Leute in ihre frühere Heimat reisen können, doch verzichteten sie darauf, da viele von ihnen mit deutschen Frauen Ehen geschlossen haben oder ihren Unterhalt in Deutschland besser zu finden glaubten, als in ihrer ursprünglichen Heimat. Sie unterließen es aus diesen Gründen, Deutschland zu verlassen, rieten auch ihren Kindern dazu, in Deutschland zu bleiben. Diese sind also gewiß keine „feindlichen" Ausländer im wahren Sinne des Wortes. Welche Härten die jetzige Rechtslage mit sich bringt, nach der sich die Oberversicherungsämter richten müssen, zeigt täglich die Praxis.

So fand am 5. Juli 1917 vor dem Oberversicherungsamt Dortmund ein Termin statt in einer Berufungssache des Bergmanns P., der schon früher einen Unfall erlitten hat. Auch dieser Mann mußte mit seinem Anspruch auf Rente abgewiesen werden, obwohl er schon seit 25 Jahren in Deutschland beschäftigt ist, nie daran dachte, wieder in seine Heimat zurückzukehren, vielmehr schon vor dem Kriege die Verleihung der Staatsangehörigkeit beantragt hatte. Ein Sohn von ihm arbeitet als Bergmann auf einer anderen Grube, eine Tochter tut Dienste in einem Gefangenenlager — also eine Familie, gegen die nicht der Verdacht deutschfeindlicher Gesinnung aufkommen kann. Das Oberversicherungsamt selbst bedauerte, daß diesem Unfallverletzten keine Rente zugesprochen werden kann, da dem die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 5. Oktober 1916 entgegenstehe.

Es ist erklärlich, daß sich jene Ausländer, die ihre Arbeitskräfte schon seit Jahrzehnten der deutschen Industrie geliehen haben, durch diese Einrichtungen benachteiligt fühlen. Tatsächlich liegt auch kein Grund vor, jene Angehörigen feindlicher Staaten, die man erst in jüngster Zeit, und zwar viele von ihnen nicht ohne einen gewissen Zwang, nach Deutschland überführte, zu begünstigen. Nach einer Erhebung des Bergbaulichen Vereins für Rheinland-Westfalen waren im Frühjahr 1917 auf den Zechen in Rheinland-Westfalen 1651 Italiener beschäftigt, die schon vor dem Kriege in Deutschland waren und keine Sehnsucht empfanden, nach Italien zurückzukehren, um gegen Deutschland zu kämpfen, sondern die gewillt sind, in ihrer neu gewählten Heimat zu bleiben. Die Zahl der in jenem Industriegebiet vorhandenen russisch-polnischen Arbeiter, die schon jahrelang hier sind, ist noch größer. Nach der letzten Berufszählung im Jahre 1907 waren im ganzen Reiche vorhanden 280 761 Russen, 147 034 Italiener, 35 535 Franzosen usw.

Der Verband der Bergarbeiter hat an den Bundesrat eine Eingabe gerichtet, in der er darum bittet, jener Verordnung vom 30. März 1917 rückwirkende Kraft bis zum Kriegsausbruch zu geben, so daß die bis dahin bestandene Unfallversicherung jener Ausländer ihren ununterbrochenen Fortgang erhält.

Eine weitere Lücke in der Unfallversicherung der Ausländer besteht in folgenden Widersprüchen. Der Krieg bringt es mit sich, daß zahlreiche „Ausstrahlungen" inländischer Betriebe ins feindliche Ausland, soweit es durch deutsche Truppen besetzt ist, stattfinden. Als solche Ausstrahlungen inländischer Betriebe werden Betriebsteile bezeichnet, die ihrer ganzen Art nach im Ausland nur vorübergehend sind, und die in jeder Weise von dem in Deutschland sich befindlichen Hauptbetriebe abhängen. Bei den „Ausstrahlungen" werden naturgemäß nicht nur deutsche Arbeiter, sondern auch ausländische beschäftigt. Versichert sind beide. Aber hier stellt sich folgende eigenartige Tatsache ein: Nach § 615 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. ruht die Unfallrente, solange sich der rentenberechtigte Ausländer freiwillig gewöhnlich im Auslande aufhält. Er hat also wohl Ansprüche, aber er erhält nichts, im Gegensatz zu dem neben ihn arbeitenden deutschen Arbeiter. Die Hinterbliebenen eines Ausländers, die sich zur Zeit des Unfalles nicht gewöhnlich im Inlande aufhalten, haben nach § 596 RVO. überhaupt keinen Anspruch auf Rente.

In diesen Einrichtungen ist bislang auch keine Änderung eingetreten. Dagegen hat der Bundesrat durch Verordnung vom 14. Juli 1916 in einer anderen Richtung eine Härte der Reichsversicherungsordnung gemildert. Er bestimmte, daß die Hinterbliebenen von Ausländern, die in Deutschland verunglückten, dann Anspruch auf die Hinterbliebenenrente haben, wenn die Verstorbenen vor ihrer Beschäftigung in Deutschland ihren letzten gewöhnlichen Aufenthalt im Gebiete des Generalgouvernements Warschau oder der Kaiserlichen und Königlichen Militärverwaltung in Polen hatten, und die Hinterbliebenen dort wohnhaft blieben. Diese für die Unfallversicherung vom 1. Mai 1916 an geltende Verordnung schuf nun für die Hinterbliebenen der polnischen Ausländer doppeltes Recht. Ist der aus den genannten Gebieten stammende Ausländer in Deutschland in einem versicherten Betriebe verunglückt, so erhalten die Hinterbliebenen die Rente, obgleich sie sich im Ausland befinden. Ist jedoch der Ausländer in einem in jenen besetzten Gebieten selbst sich befindlichen deutschen Betrieb, der eine Ausstrahlung darstellt, verunglückt, dann bekommen die Hinterbliebenen keine Rente.

Das wird natürlich ebenfalls als ungerecht empfunden. Die Berufsgenossenschaften haben selbst einen Ausgleich zu erwirken versucht, indem sie beim Bundesrat vorstellig wurden und darum baten, daß auch den ausländischen Verletzten und deren Hinterbliebenen bei Unfällen, die sich in versicherten deutschen Betrieben im Ausland ereignen, eine Rente gezahlt werden möge. Der Staatssekretär des Innern hat das jedoch abgelehnt. Er meinte, daß im besetzten Gebiet an russisch-polnischen Arbeitern für die dortigen deutschen Betriebe ohnehin kein Mangel sei und deshalb kein Anlaß vorliege, für die dortigen Betriebe eine ähnliche Bekanntmachung zu erlassen, wie die

Digitized by Google

erwähnte vom 14. Juni 1916. Auf dem letzten Berufsgenossenschaftstag wurde dieses Verhalten der Regierung bemängelt. Es wurde der Auffassung des Berichterstatters einmütig beigetreten, daß die gegenwärtige Regelung weder billig noch sachgemäß sei. In der Tat liegt es zwar in der Natur der verwickelten Rechtsverhältnisse, daß Widersprüche kaum vermeidlich sind. Sie sollten aber beseitigt werden, wenn sie so offenkundig und einschneidend hervortreten.

1,3 Milliarden der Arbeiterversicherung für gemeinnützige Zwecke.

Nach einer neueren Zusammenstellung des Reichsversicherungsamts sind die Summen, die von den Landesversicherungsanstalten und den Sonderanstalten aus ihrem Vermögen zugunsten gemeinnütziger Zwecke verwendet worden sind, im letzten Jahre trotz der Kriegszeit weiter erheblich gewachsen. Die gesamten Darlehen für gemeinnützige Zwecke beliefen sich Ende 1916 auf nicht weniger als 1342,9 Millionen Mark. Davon entfallen auf den Bau von Arbeiterwohnungen 566,6 Millionen Mark. Ferner wurden Versicherten zum Wohnungsbau insgesamt 101,2 Millionen Mark als Darlehen gewährt. Hiervon wurden bereits 83,5 Millionen Mark zurückgezahlt. Zum Wohnungsbau für nichtversicherte Personen haben zahlreiche Landesversicherungsanstalten bis zum Schluß des Jahres 1916 17,6 Millionen Mark an Beamtenbauvereine und sonstige gemeinnützige Bauvereine hergegeben. Zur Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses sind insgesamt 134,7 Millionen Mark ausgegeben worden. Die Landwirtschaft ist ferner mittelbar dadurch gefördert worden, daß eine große Zahl von Versicherungsträgern landwirtschaftliche Pfandbriefe, Rentenbriefe usw. im Nennwert von 156,7 Millionen Mark angekauft hat. Zur Förderung der allgemeinen Wohlfahrtspflege waren bis Ende 1916 641,6 Millionen Mark ausgegeben, und zwar für den Bau von Krankenhäusern usw. 151,6 Millionen, zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere zum Bau von Volksbädern, Schlachthäusern usw. 201,1 Millionen, für Erziehung, Unterricht und Hebung der Volksbildung 99,9 Millionen und für sonstige Wohlfahrtspflege 189 Millionen Mark. Zum Teil haben diese Darlehen auch der Kriegswohlfahrtspflege gedient.

Eine Zusammenstellung wichtiger Entscheidungen und Bescheide des Reichsversicherungsamts für Krankenkassen

bearbeitet im Auftrage des Verbandes von Ortskrankenkassen der Provinz Hessen-Nassau vom Verwaltungsdirektor Pallas (Frankfurt a. M.) ist im Selbstverlage des Verbandes erschienen und zum Preise von 75 ₰ (einschl. Porto), bei größeren Bezügen 65 ₰, von der Allg. Ortskrankenkasse Frankfurt a. M., Bethmannstr. 19, zu beziehen. Sie umfaßt die in den Jahrgängen 1912 bis 1916 der „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts" und in den „Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts" (herausgegeben von dessen Mitgliedern) erschienenen Entscheidungen und Bescheide. Sie sind nach den Paragraphen, auf die sie sich beziehen, geordnet und geben allerdings nur die Überschriften wieder, verweisen aber auf Band und Seitenzahl der Quelle, so daß die Besitzer der einen oder anderen Sammlung den vollen Inhalt leicht auffinden können.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Versicherungspflicht von Lehrern an einer höheren Schule, die zugleich ein Knabenpensionat beaufsichtigen.

1. Nach B. Antwort: Die Kasse geht davon aus, daß die Beschäftigung der beiden Lehrer am Knabenpensionat nach § 168 RVO. als vorübergehende Dienstleistung versicherungsfrei gewesen sei, daher das Einkommen aus dieser Beschäftigung bei der Frage nach der Versicherungspflicht gemäß § 165 Abs. 2 RVO. außer Betracht zu bleiben habe, und daß ohne diesen Einkommensteil sich der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst der beiden Lehrer auf weniger als 2500 ℳ gestellt habe, mithin ihre Versicherungspflicht auch in der Zeit ihrer gleichzeitigen Beschäftigung an dem Pensionat begründet gewesen sei. Für die Anwendung des § 168 RVO. auf den vorliegenden Fall kann von den zu dieser Vorschrift ergangenen Bestimmungen des Bundesrats v. 17. 11. 13 nur die unter I Ziff. 4 in Frage kommen. Sie setzt voraus, daß die von den beiden berufsmäßigen Lehrern in der Zeit von Ostern 1915 bis Mitte September 1916 bzw. vom Herbst 1916 bis Anfang April 1917 gleichzeitig ausgeübte Beschäftigung an dem Pensionat nur „nebenher" ausgeführt wurde. Das würde anzunehmen sein, wenn diese Arbeit mit Rücksicht auf den Aufwand an Zeit und Kraft sowie auf den Entgelt, im Vergleich mit der sonstigen Tätigkeit, also der Anstellung an der höheren Knabenschule, und mit der Lebensstellung der Beschäftigten nur von nebensächlicher wirtschaftlicher Bedeutung gewesen wäre (zu vgl. Hahn, Anm. 4e zu § 168). Über das Verhältnis, in welchem die eine und die andere der beiden Beschäftigungen Zeit und Kraft der Lehrer in Anspruch genommen haben, fehlt es in dem uns mitgeteilten Schriftwechsel an allen Unterlagen; und was den Entgelt betrifft, so sind die Angaben nicht ganz klar. Der Entgelt für

Digitized by Google

die Tätigkeit an der höheren Knabenschule wird allerdings bestimmt auf jährlich 2100 ℳ angegeben. Dagegen heißt es hinsichtlich der Tätigkeit am Knabenpensionat einmal, daß der Entgelt dafür „weit mehr als 400 ℳ jährlich" betragen habe (Schreiben v. 13. 3. 1917), während weiterhin gesagt wird, daß für diese Tätigkeit „freie Station" gewährt worden sei (Schreiben v. 16. 5. und 22. 6. 1917). Gemeint dürfte sein, daß der Wert dieser Sachleistung jedenfalls weit mehr als 400 ℳ betragen habe, so daß bei Hinzurechnung der im Hauptamt bezogenen 2100 ℳ die Einkommensgrenze des § 165 Abs. 2 RVO. jedenfalls überschritten sei. Ist das richtig, so können wir die Auffassung der Kasse nicht teilen. Für Lehrer, die im Hauptamt 2100 ℳ im Jahre verdienen, ist eine Tätigkeit, die ihnen freie Station, also Wohnung und Beköstigung einbringt, zwar immer noch eine Nebenbeschäftigung, aber keinesfalls von nebensächlicher wirtschaftlicher Bedeutung, da sie ihnen den wichtigsten Lebensbedarf gewährleistet und ihnen die Möglichkeit erheblicher Ersparnisse aus den Einkünften des Hauptamts gestattet. Sie würde also für sich allein versicherungspflichtig sein. Das bedingt die Zusammenrechnung des Entgelts aus beiden Beschäftigungen, so daß sich im ganzen ein Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2500 ℳ und folglich Versicherungsfreiheit ergibt.

Verpflichtung des Kassenarztes zu der vereinbarten vierteljährlichen Abrechnung.

2. D. 1. Antwort: Sie sind nicht berechtigt, die Bezahlung des Arztes abzulehnen, falls er nicht bis zu einem von Ihnen festgesetzten Zeitpunkt seine Rechnung eingereicht hat. Die Ablehnung ist erst dann zulässig, wenn die Forderungen verjährt sind, und das sind sie noch nicht. Wenn sie mit ihm vierteljährliche Abrechnung bis zum 15. des auf den Vierteljahrsschluß folgenden Monats vereinbart haben, so ist das freilich nicht nur im Interesse des Arztes selbst, sondern auch im Interesse einer ordnungsmäßigen Kassenführung geschehen. Darum hat nicht nur der Arzt einen Anspruch auf vierteljährliche Abrechnung, sondern auch die Kasse, so daß diese hierauf Klage erheben kann, falls der Arzt trotz Mahnung nicht bis zu dem gesetzten Termin seine Aufstellung einreicht, ohne die die Abrechnung nicht erfolgen kann. Ob allerdings ein Prozeß aus diesem Grunde ratsam ist, ist eine andere Frage.

Unfallkrankengeld für unentgeltlich beschäftigte Lehrlinge.

3. Nach Bonn. Frage: Auf der Zusammenkunft einer größeren Zahl Krankenkassen-Geschäftsführer wurde Ihre Auskunft in Heft 19 vom 1. Juli d. Js. S. 454 Ziff. 4 besprochen. Die anwesenden Geschäftsführer standen sämtlich auf dem Standpunkte, daß einem ohne Entgelt beschäftigten Lehrling auch bei einem Betriebsunfalle ein Anspruch auf Krankengeld nicht zustehe, und zwar aus folgendem Grunde: „Das Gesetz hat in § 494 vorgeschrieben, daß Lehrlingen, die ohne Entgelt beschäftigt werden, ein Krankengeld nicht gewährt werden soll. Der Grundgedanke dieser Bestimmung war der, daß ein Versicherter, welcher überhaupt keinen Lohn bezieht, im Krankheitsfalle auch nicht geldlich entschädigt zu werden braucht. § 573 schreibt nun vor, daß Unfallverletzte mindestens die Regelleistungen nach § 179 an Krankenhilfe erhalten sollen. § 179 sagt, daß als Regelleistungen diejenigen Leistungen gelten, die in diesem Buche — also im zweiten Buche der RVO. — vorgeschrieben sind. In dem zweiten Buche ist aber vorgeschrieben, daß Lehrlinge ein Krankengeld nicht erhalten sollen (§ 494). Hiernach ist es wohl klar, daß den Lehrlingen ohne Entgelt auch bei Unfällen ein Krankengeld nicht zusteht."

Antwort: Die im vorstehenden gegen unsere Ansicht vorgebrachten Bedenken sind auch von uns erwogen worden. Wir erachten sie aber nicht als entscheidend. § 577 RVO. schreibt vor, welche Leistungen bei einem unfallversicherungspflichtigen Betriebsunfall demjenigen zukommen, der nicht gegen Krankheit auf Grund der Reichsversicherung versichert ist. Hierbei ist von der Annahme ausgegangen, daß der Nachteil, dem ein nicht gegen Krankheit Versicherter gegenüber dem hiergegen Versicherten hat, ausgeglichen werden soll. Danach soll ein nicht gegen Krankheit Versicherter mindestens Krankenhilfe erhalten, d. h. Krankenpflege und Krankengeld. Es würde aber dem Geiste des Gesetzes widersprechen, wollte man den überhaupt nicht Versicherten günstiger stellen, als denjenigen, der zwar gegen Krankheit versichert, aber bezüglich der Ansprüche aus der Krankenversicherung beschränkt ist. Darum haben als Regelleistungen im Sinne des § 573 die in § 182 festgesetzten Leistungen zu gelten. Diese Auffassung liegt auch der Entscheidung des RVA. in ArbVers. 1917 S. 160 zugrunde. Ein Ausgleich wird zugunsten der Kasse durch ihren Ersatzanspruch aus § 576 RVO. geschaffen.

Ärztliche Tätigkeit zur Belebung eines scheintoten Kindes keine Geburtshilfe.

4. Nach Berncastel-Cues. Antwort: Die Geburtshilfe bildet diejenige fachliche Hilfe, die der Mutter zu teil wird, damit die Entbindung sich ohne Schaden für die Mutter vollziehe. Sie erstreckt sich hierbei auf das Kind nur insoweit, als dieses noch mit der Mutter verbunden und noch nicht als ein selbständiger, für sich bestehender Mensch betrachtet werden kann. Ist aber die Trennung vollzogen, so ist das Kind ein selbständiges Lebewesen, die Entbindung ist vollzogen. Darum bildet die Behandlung, die in diesem Zustande das Kind durch den Arzt oder die Hebamme erfährt, keine Geburtshilfe mehr, mag sie an sich auch notwendig sein. Somit gehören zur Geburtshilfe nicht die Verrichtungen, die der Arzt an einem bereits geborenen scheintoten Kinde vornimmt, um dessen Lebensfähigkeit zu erwecken. (Vgl. ArbVers. 1915 S. 239 Ziff. 10.)

Hiernach braucht die Kasse, die nach der Satzung (§ 198 RVO.) allen weiblichen Versicherungspflichtigen unter der Voraussetzung des § 195 RVO. Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe gewährt, die bei der Niederkunft erforderlich werden, die Kosten für die Belebung des scheintoten Kindes dem Arzt nicht zu bezahlen.

Beschäftigungsort eines zu auswärtigen Arbeiten entsandten Monteurs; Arbeiten von „geringer Dauer".

5. Nach XYZ. Antwort: Die Monteure, die von einer größeren, den Bau von Gas- und Wasserwerksanlagen betreibenden Firma zur Ausführung solcher Arbeiten bald hierhin bald dorthin entsandt werden, sind entweder an der Betriebsstätte der Firma als einer „festen Arbeitsstätte" beschäftigt, so daß diese nach § 153 Abs. 2 RVO. als ihr Beschäftigungsort auch dann gilt, wenn sie außerhalb einzelne Arbeiten von geringer Dauer verrichten, oder sie werden an jener festen Arbeitsstätte überhaupt nicht, sondern nur von dieser Stätte aus mit einzelnen Arbeiten wechselnd in Bezirken verschiedener Kassen beschäftigt, so daß nach § 153 Abs. 3 gleichfalls die Betriebsstätte des Arbeitgebers als ihr Beschäftigungs-

Digitized by Google

und Versicherungsort zu gelten hat. Was unter Arbeiten „von geringer Dauer" zu verstehen ist, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen. Ist von vornherein mit geringer Dauer zu rechnen, so wird die dadurch gebotene Beurteilung nicht hinfällig, wenn spätere Zufälle (wie hier Arbeitermangel infolge des Krieges) die Dauer der Arbeiten erheblich verlängern. Aus diesen Gründen halten wir im vorliegenden Falle den Betriebssitz der Firma für den gesetzlichen Beschäftigungsort des erkrankten Monteurs und die dortige Kasse zur Gewährung der Kassenleistungen für verpflichtet. Diese Kasse muß den Versicherten um so mehr als Mitglied anerkennen, als die Voraussetzungen des § 315 RVO. gegeben sind. Das Schreiben v. 16. März 1917 an die Arbeitgeberin ist allerdings als Verweisung an die Kasse des Orts, wo die Arbeiten tatsächlich ausgeführt werden, anzusehen und würde, wenn die Verweisung gerechtfertigt wäre, die Kasse des Firmensitzes zwar nicht von der weiteren Leistung in dem bereits eingetretenen Versicherungsfall entbinden, ihr aber den Erstattungsanspruch nach § 316 wahren; die Verweisung ist jedoch aus den oben entwickelten Gründen nicht gerechtfertigt.

Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse wegen der im Wege der Armenpflege gewährten Krankenhauspflege.

6. Nach Ochsenfurt. Antwort: Ihre Auffassung ist richtig. Nicht die Krankenkasse hat die Kranke wegen ihres nach § 214 RVO. begründeten Anspruchs in das Krankenhaus eingewiesen, sondern der Armenverband, und nur diesem gegenüber hat die Kasse die Erklärung abgegeben, daß sie ihre Ersatzpflicht anerkenne. Das bedeutet nicht, daß sie die vollen Kosten der Krankenhauspflege übernehme, sondern nur, daß sie den Anspruch des Armenverbandes auf Ersatz in dem durch das Gesetz bestimmten Umfange (§§ 1531 ff. RVO.) anerkenne. Die Heilanstaltsleitung kann aus dieser nicht ihr gegenüber abgegebenen Erklärung irgendwelche Ansprüche gegen die Kasse überhaupt nicht herleiten und insbesondere nicht den Pflegesatz fordern, der nach ihrem Tarif für Pfleglinge gilt, die „auf Kosten der Krankenversicherung" untergebracht werden. Ob auf Grund dieser Bestimmung die Anstalt den fraglichen Satz vom Armenverbande beanspruchen kann, weil dieser sich an die Krankenkasse hält, ist eine Frage, die lediglich zwischen der Anstalt und dem Armenverbande auszumachen ist; der Umfang der Ersatzpflicht der Kasse wird dadurch nicht berührt.

Anspruch der Kasse gegen den Versicherten oder seine Erben auf Ersatz aus der ihm ungekürzt gewährten Unfallentschädigung.

7. Nach Bergheim. Antwort: Die Leistungspflicht der Kasse über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus, wurde durch die bereits eingetretene Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft an sich nicht berührt, aber die Kasse konnte Ersatz aus der Unfallentschädigung nach näherer Bestimmung der §§ 1501 ff. RVO. beanspruchen, insbesondere konnte sie wegen des nach Ablauf der ersten 13 Wochen noch gezahlten Krankengeldes von 64 ℳ, da der Versicherte in dieser Zeit auf Kosten der Berufsgenossenschaft Heilanstaltspflege empfangen hatte, Ersatz bis zum halben Betrage der Vollrente beanspruchen (§ 1506 Abs. 1 und 3, § 1507). Dieses Anspruchs ist sie freilich durch die Versäumung der im § 1508 bestimmten Frist zur Geltendmachung verlustig gegangen. Das bezieht sich aber nur auf den Anspruch der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft; denn der § 1508 regelt, wie der ganze erste Abschnitt des fünften Buches der RVO., nur die „Beziehungen der Versicherungsträger zueinander" (vgl. die Überschrift dieses Abschnittes). Unberührt durch die Fristversäumung blieb ein etwaiger Anspruch der Kasse gegen den Versicherten. Dieser hatte dadurch, daß er die volle ungekürzte Leistung sowohl von der Kasse in Gestalt des Krankengeldes als auch von der Berufsgenossenschaft in Gestalt der Anstaltspflege erhielt, soviel ohne rechtlichen Grund auf Kosten der Kasse empfangen, als die Kasse aus der Unfallentschädigung für sich beanspruchen konnte, und insoweit hatte daher die Kasse „einen wirklichen Ersatzanspruch gegen den Versicherten" (vgl. Begr. S. 456 zu § 1491 des Entwurfs, jetzt § 1510 RVO.), nämlich einen Anspruch aus der ungerechtfertigten Bereicherung (§ 812 BGB.) bis zur Höhe der halben Vollrente für die Zeit, in der die Krankengeldleistung nach Ablauf der 13. Woche mit der Anstaltspflege zusammentraf, selbstverständlich aber keinesfalls über die von der Kasse für diese Zeit gezahlten 64 ℳ hinaus. Dieser Anspruch ist, nachdem der Versicherte verstorben ist, gegen die Erben begründet (§ 1967 BGB.); daß der Verstorbene kein Vermögen hinterlassen habe, können sie nur geltendmachen, wenn sie sich nach näherer Vorschrift der §§ 1975 ff. BGB. die Beschränkung ihrer Haftung auf den Nachlaß gewahrt haben. — Nach der Auffassung des Reichsversicherungsamts würde der Anspruch der Kasse im ordentlichen Rechtswege zu verfolgen sein (vgl. die Entsch. in ArbVers. 1916 S. 34, dagegen aber die Ausführungen von Hahn das. S. 97 ff. und 289, 293).

Kriegswochenhilfe bei nachgeborenen Kindern.

8. Nach L. Antwort: Ihre Angaben reichen zur sicheren Beurteilung des Falles nicht aus. Zunächst kommt es darauf an, wann der Ehemann im Kriege gefallen und wie lange nach seinem Tode das Kind seiner Witwe geboren ist. Ist es innerhalb 302 Tagen nach dem Tode des Mannes geboren, so gilt das Kind als ehelich (§§ 1591—1593 BGB.). In diesem Falle hätte die Frau Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach der Bek. v. 3. 12. 14 (ArbVers. 1914 S. 833), wenn der Ehemann vor Eintritt in das Heer in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen gegen Krankheit versichert war (§ 1 Ziff. 2). Dabei käme, da die Frau freiwilliges Kassenmitglied ist, der § 5 der Bek. in Betracht, falls sie schon nach § 195 RVO. Anspruch auf Wochengeld hat, wie es nach Ihrer Anfrage scheint. Das höhere Kriegswochengeld nach der Bek. v. 6. 6. 17 (ArbVers. 1917 S. 439) wäre ihr zu zahlen, wenn das Kind nach dem 7. Juli 1917 geboren ist oder, sofern es früher geboren wäre, für die noch nicht abgelaufene Bezugszeit vom 8. Juni ab. Ist aber das Kind erst nach dem 302. Tage vom Tode des Mannes geboren, so gilt es als unehelich. In diesem Falle käme Kriegswochenhilfe nur nach der Bek. v. 23. 4. 15 (ArbVers. 1915 S. 300) in Frage, wenn der natürliche Vater des Kindes Kriegsteilnehmer wäre. Da dieser aber unbekannt ist, läßt sich der Anspruch nicht begründen und die Wöchnerin könnte daher nur, unter den Voraussetzungen des § 195 RVO. Anspruch auf die satzungsmäßige Wochenhilfe erheben.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1898 von J. Schmitz, fortgesetzt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Kaskel; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1185 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. September 1917 | Heft 27

Berufskrankheit, Gewerbekrankheit, Betriebskrankheit.

Von Dr. Ing. Rheinfels in Köln.

Literaturübersicht.

(Auf die in dieser Übersicht unter Nr. 1 bis 24 bezeichneten Werke weisen die in den Text — in Klammern — eingefügten Zahlen hin.)

1. Handwörterbuch der Staatswissenschaften.
2. Handwörterbuch der öffentlichen Gesundheitspflege.
3. Wörterbuch der Volkswirtschaft.
4. Bericht des zweiten Internationalen Kongresses für Gewerbekrankheiten. Brüssel 1910.
5. Bericht des achten Internationalen Arbeiterversicherungs-Kongresses. Rom 1908.
6. Bericht des 3. Internationalen medizinischen Unfallkongresses. Düsseldorf 1912.
7. Bericht der 16. Kommission über den Entwurf einer RVO. III. Buch Nr. 946 d. Reichstagsdrucksachen.
8. Stenographische Berichte des Reichstages zur Reichsversicherungsordnung.
9. Bericht über den 28. ordentlichen Berufsgenossenschaftstag. Leipzig 1914.
10. Bericht über die Versammlung des Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen. Köln 1912.
11. Bericht über die 11. Jahresversammlung des Zentralverbandes v. Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche. Braunschweig 1908.
12. Francke: Die Einbeziehung bestimmter gewerblicher Berufskrankheiten in die staatliche Unfallversicherung gem. § 547. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1914 S. 138.
13. Sommerfeld: Die Entschädigungspflicht für Berufskrankheiten. „Die Hygiene" 1913 S. 3.
14. Curschmann: Die Versicherung gegen Berufskrankheiten in Deutschland und im Auslande. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1913 S. 144.
15. Curschmann: Unterscheidungsmerkmale zwischen Unfall und Berufskrankheit. Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin.
16. Hanauer: Gewerbekrankheiten und Reichsversicherungsordnung. „Die Arbeiter-Versorgung" 1912 S. 617.
17. Francke: Gewerbekrankheiten und Unfall (vgl. Nr. 11).
18. Lewin: Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufes von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betriebe. Amtl. Nachrichten des RVA. 1907 S. 274.
19. Könen: Gewerbe- und Berufskrankheiten oder Unfall. „Die Arbeiter-Versorgung" 1912 S. 49.
20. Teleki: Die Versicherung der Berufskrankheiten. Zeitschrift für Volkswirtschaft, Sozialpolitik und Verwaltung 1909 S. 197.
21. Rambousek: Gewerbliche Vergiftungen. Leipzig 1911.
22. Heß: Erfahrungen über gewerbliche Intoxikationen und deren Beziehung zum schweizerischen Fabrikhaftpflichtgesetz, Zürich 1911.
23. Kley: Die Berufskrankheiten und ihre Stellung in der staatlichen Arbeiterversicherung. Kassel 1897.
24. Fuld: Die Betriebskrankheiten und die Haftpflichtversicherung. Deutsche Versichertenzeitung 1905 S. 3.

Bei Bearbeitung der schon recht umfangreichen Literatur über die Versicherung der Krankheiten, welche die Folge der längeren Einwirkung von Schädlichkeiten sind, die gewissen Betrieben anhaften, muß es auffallen, daß es nicht nur verschiedene Bezeichnungen für diesen bestimmten Begriff gibt, sondern daß diese zum Teil im entgegengesetzten Sinne von den verschiedenen Schriftstellern angewendet werden. Namentlich Berufskrankheit und Gewerbekrankheit gehen meist nebeneinander her und nur einige Schriftsteller sehen das eine oder das andere als den Oberbegriff an, andere aber beide als gleichgeordnet.

Als weitere Bezeichnung finden wir „Industriekrankheit" bei Toth (4) und seit Bestehen der RVO. die „gewerblichen Berufskrankheiten" im § 547 dieses Gesetzes.

Daneben laufen „gewerbliche Vergiftungen" (21), „gewerbliche Infektionen" (20

Digitized by Google

S. 208), gewerbliche Intoxikationen (22), tierisch-parasitäre Vergiftungskrankheiten (18 S. 285), mechanische Berufskrankheiten (18 S. 287), spezifische Berufskrankheiten (20 S. 205, spezifische Gewerbekrankheiten (20 S. 209), u. a. m., die wir jedoch hier übergehen können, da sie offenbar nur einige Krankheiten oder Krankheitsgruppen aus deren Gesamtzahl berücksichtigen sollen. So steht es auch mit den „Vergiftungen" des § 277 aus dem österreichischen Sozialversicherungsentwurf von 1911, welcher bestimmt: „Den Betriebsunfällen (§ 201) sind gleichzuhalten die Vergiftungen mit Blei, Quecksilber, Phosphor, soweit solche Vergiftungen auf die berufliche Beschäftigung mit den bezeichneten Stoffen in einem unfallversicherungspflichtigen Betriebe zurückzuführen sind. Der Minister des Innern im Einvernehmen mit dem Handelsminister ist ermächtigt, diese Bestimmung auf Vergiftungen, die durch andere als die bezeichneten Stoffe herbeigeführt werden, auszudehnen", — ähnlich wie nach § 547 der deutschen RVO. durch Beschluß des Bundesrats die Unfallversicherung auf „bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten" ausgedehnt werden kann.

Auch den verwandten Begriff „Unfallkrankheit" bzw. „Spätfolgen eines Unfalls" können wir aus der Betrachtung ausschalten, da es sich hier um Krankheiten handelt, bei denen die Umstände, welche zur Erkrankung führten, als Unfall anzusehen sind (20 S. 212), also ein plötzliches Ereignis darstellen. Die in Rede stehenden Krankheiten dagegen bilden in der Weise einen Gegensatz zum Unfall, daß sie als Folge einer längere Zeit anhaltenden Einwirkung irgendeiner beruflichen Schädlichkeit entstanden sind. Umgekehrt aber kommt auch der Fall vor, daß eine bis dahin nicht merkbare Berufskrankheit durch ein plötzliches Ereignis stark verschlimmert wird, das nun zur Erwerbsunfähigkeit führt. Da derartige Schädigungen gegebenenfalls als Betriebsunfälle angesehen werden, hat sich bislang auch kein Bedürfnis zu einer besonderen Benennung herausgestellt.

Ist schon der Begriff „Berufskrankheit" an sich ein ungemein schwierig zu erfassender, wie die vielfachen Bestimmungsversuche (20 S. 201 und 14 S. 145) beweisen, so werden diese durch die verschiedenartigen Benennungen des Begriffes weiter unnötig erschwert. Es erscheint daher an der Zeit, eine Einigung über die verschiedenen Bezeichnungen zu erstreben, wie es u. a. auch Ostern (9 S. 40) angeregt hat.

Bei näherer Betrachtung der neuesten Literatur zeigt sich, daß die Verfasser anschließend an die RVO. in der Überschrift von „gewerblichen Berufskrankheiten" sprechen, in der Abhandlung selbst dann aber zur alten Bezeichnung zurückkehren; so Franck (12), Ostern (9 S. 34), welche hernach Gewerbe- und Berufskrankheit nebeneinander gebrauchen und zwar unter Bevorzugung der Berufskrankheit. Ebenfalls fast ausschließlich „Berufskrankheit" gewählt haben Teleki (4, 20), Curschmann (14, 15), Sommerfeld (13) und Hahn (4 S. 386), während umgekehrt Hanauer (4, 16), Heß (22), Francke (17) und Mugdan (4) durchweg von Gewerbekrankheit sprechen.

Entschieden für „Berufskrankheit" als allgemeineren Begriff ausgesprochen haben sich Moschmann (6 S. 41) und Friedrich (6 S. 389), während Ostern (9 S. 40) als weiteren Begriff „Gewerbekrankheit" vorgeschlagen hat und zwar derart, „daß er die Berufskrankheiten und die vom Berufe beeinflußten Allgemeinkrankheiten umfaßt".

Den Versuch einer Scheidung der Krankheiten selbst durchgeführt hat Könen (19). Nachdem er eingangs den unsicheren Verhältnissen und der Schwierigkeit einer scharfen Trennung mit den Worten: „es sind die sogenannten Gewerbe-(Berufs-) Krankheiten", ebenfalls Rechnung getragen und auch später noch einmal ausgeführt hat (S. 55), „obwohl die Begriffe Gewerbe- und Berufskrankheiten kaum auseinanderzuhalten sind, habe ich gleichwohl versucht, sie unter einen besonderen Abschnitt zu bringen",

Digitized by Google

schreibt er (S. 55) „der Ausdruck Gewerbekrankheiten ist sodann meines Erachtens nicht zweckmäßig gewählt. Er enthält und spezialisiert nicht alles. Denn im Zusammenhange mit den Gewerbekrankheiten, teils auch wiederum getrennt davon zu halten, mitunter eigentlich auch mit dem Wort „Krankheit" nicht immer zu bezeichnen, kommen wir nun zu dem für uns nicht minder wichtigen oder vielleicht noch interessanteren Thema der Berufskrankheiten, d. h. der zahlreichen im Gewerbe durch einseitige und eigenartige Stellung und Belastung, sowie infolge fortgesetzter Überanstrengung des Körpers oder einzelner Muskeln oder Sehnen sich ausbildenden körperlichen Deformitäten (Schleimbeutelentzündungen, Mißgestaltungen und Bildungsabweichungen, Form- und Stellungsveränderungen) der Gelenke, Muskeln und Endnerven (peripheren Nerven)". Dieser Begriffsbestimmung entsprechend sind dann auch die einzelnen beruflichen Erkrankungen aufgezählt und, wenn auch der Mediziner vielleicht hier und da anderer Meinung sein wird, so erscheint uns doch die getrennte Aufzählung zur Klärung der Frage nicht ohne Bedeutung zu sein.

Auch Lewin (18 S. 287) schreibt: „diese eigentlichen Berufskrankheiten — z. B. die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede oder das Augenzittern der Bergleute oder das Bäckerbein oder selbst die mechanische Schädigung direkt zugänglicher Schleimhäute durch Staubarten brauchen fast immer so viel Zeit zu ihrer Ausbildung bis zu den funktionshindernden Stadien, daß sie für die Forderung gar nicht in Betracht kommen können, die man an einen Unfall stellt, nämlich in einer kurzen umschriebenen Zeit erfüllt zu sein". Im nächsten Satze nennt er diese Gruppe dann die „mechanischen Berufskrankheiten" und stellt ihnen gegenüber die durch Gifte erzeugten. — In der vorhin erwähnten Aufstellung würden die „Berufskrankheiten" Könens etwa den „mechanischen Berufskrankheiten" Lewins entsprechen.

Zu einer ähnlichen, aber dennoch sich nicht genau damit deckenden Unterscheidung kommt Teleki auf Grund der Begriffsbestimmung Petris (2 S. 296): „Gewerbekrankheiten sind spezifische den einzelnen Gewerben in gewissem Sinne eigentümliche Krankheiten, aber auch solche unter den Nichtgewerbetreibenden auftretende Affektionen, welche Gewerbetreibende mit besonderer Regelmäßigkeit befallen." Teleki (20 S. 209) sagt: „Wir kommen also, wenn wir nur diese — im Sinne Petris — spezifischen Berufskrankheiten berücksichtigen, zu einer begrifflich und auch praktisch gut abgrenzbaren Gruppe von Krankheiten, deren Scheidung von anderen Krankheiten es ermöglicht . . . . . ihnen eine von den verschiedenen anderen Krankheiten abgesonderte Stellung zuzuweisen."

Dasselbe Handwörterbuch (2 S. 112) bringt dann unter Berufskrankheiten eine andere, aber grundsätzlich der Erklärung Petris für Gewerbekrankheiten gleiche Begriffsbestimmung von Rahts, so daß Dammer, der Verfasser des Wörterbuches, wohl die beiden Begriffe auch unterschieden haben muß.

Betrachten wir nun die amtlichen Schriften, welche diesen Gegenstand betreffen, so werden wir finden, daß die „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamtes" nirgends von Berufskrankheiten sprechen und stets den Gegensatz zum Betriebsunfall als Gewerbekrankheit bezeichnen. Ebenso liegt der Fall bei den Jahresberichten der Regierungs- und Gewerberäte, in denen sich im Sachregister bei Berufskrankheiten der Hinweis auf Gewerbekrankheiten findet und durchweg auch nur von Gewerbekrankheiten gesprochen wird. Da sich der Reichstag wiederholt mit der Frage beschäftigt hat, konnte man annehmen, auch seine Niederschriften würden zur Klärung der Frage geeignet sein. Doch das Sachregister verweist bei Berufskrankheiten auf „gesundheitsschädliche Betriebe", während an der entsprechenden Stelle „Gewerbekrankheiten" gar nicht einmal aufgeführt sind. Dagegen steht in

Digitized by Google

Band 269, dem Sachregister für 1914 (S. 9355) unter diesem Kopf wörtlich der Satz: „Ermächtigung für den Bundesrat, gewisse Berufskrankheiten als Gewerbekrankheiten zu bezeichnen und sie der Unfallversicherung zu unterstellen" und unter dem Stichwort „Versicherungswesen" wiederum ist bei der vorausgeschickten „Übersicht" nur „Gewerbekrankheiten" aufgeführt, nicht aber „Berufskrankheiten". — Doch das sind alles keine maßgebenden Unterlagen; aber auch in den Niederschriften selbst habe ich noch weniger eine Stellungnahme zu dieser Frage gefunden. Mein allgemeiner Eindruck dagegen ist der, daß die einzelnen Abgeordneten es halten wie die Verfasser der vorhin erwähnten Abhandlungen, also meist eins neben dem anderen gebrauchen, während die amtlichen Stellen auch hier — z. B. Ministerialdirektor Dr. Caspar — entschieden „Gewerbekrankheiten" bevorzugen, wenn nicht gar ausschließlich verwenden. Der vom Abgeordneten Dr. Mugdan zum III. Buch der RVO. erstattete Kommissionsbericht selbst braucht Gewerbe- und Berufskrankheiten nebeneinander, während Dr. Mugdan an anderer Stelle (4) nur von Gewerbekrankheiten spricht.

Zur Klärung der Begriffe sei festgestellt, daß vom volkswirtschaftlichen Standpunkte aus „Beruf" (1, 3) die Zugehörigkeit einer Person zu einem der Arbeitszweige bedeutet, in die sich das Erwerbsleben der Bevölkerung teilt. Aber auch dieser Arbeitszweig selbst wird im Verhältnis zur Person des darin Beschäftigten als sein Beruf bezeichnet, so daß man Beruf im subjektiven und im objektiven Sinne unterscheidet. „Gewerbe" dagegen ist nur der Betrieb bzw. das Unternehmen, in dem diese Berufstätigkeit ausgeübt wird.

Im objektiven Sinne ist Beruf der Oberbegriff von Gewerbe, denn letzteres umfaßt, wie wir sehen werden, nur einen Teil der berufsmäßig ausgeübten Tätigkeit. Der Begriff „Berufskrankheit" muß demnach eine größere Zahl von Krankheiten erfassen, wenn es noch Krankheiten außerhalb der eigentlichen Gewerbe gibt, die dem betreffenden Berufe (im objektiven Sinne) eigentümlich sind. Man denke z. B. an etwaige Infektionen oder „Röntgenverbrennungen" eines Arztes.

Zum Gewerbe in seiner weitesten Bedeutung gehört jede Tätigkeit, die des Erwerbes wegen ausgeübt wird, doch rechnet man in dieser historisch-relativen Bedeutung nicht zu den Gewerben: die bloße Eigenerzeugung, einzelne Erwerbshandlungen, die Berufstätigkeit der Beamten und die Tätigkeit des Staates zur Erfüllung seiner Staatszwecke.

Soweit passen diese Begriffsbestimmungen ganz in unseren Rahmen hinein. Nur nimmt der erwähnte Begriff „Gewerbe" auch noch den Gesindedienst und die Tätigkeit des Tagelöhners aus, die wir allerdings einbeziehen müßten.

Aber Gewerbe hat auch noch eine zweite Bedeutung, die wirtschaftlich-absolute. In diesem Sinne umfaßt das Gewerbe denjenigen Teil der Gütererzeugung, welcher in der Formänderung von Rohstoffen besteht, d. i. also die Stoffveredelung im allgemeinen. Hier tritt das Gewerbe in Gegensatz zur Urproduktion und Rohstoffgewinnung, zum Handel und Transportwesen und zu den persönlichen Dienstleistungen, im besonderen den höheren des Arztes, Anwaltes usw. In dieser Bedeutung deckt sich der Begriff ungefähr mit dem, was die „gewerblichen Berufskrankheiten" des § 547 der RVO. sagen wollen, wodurch entsprechend der geschichtlichen Entwicklung der Unfallversicherung und der auch in der RVO. noch beibehaltenen Trennung, die landwirtschaftlichen Berufskrankheiten und die See-Berufskrankheiten ausgenommen sind. Da aber auch die Landwirtschaft und die Seeschiffahrt ihre Berufskrankheiten haben (Strahlenpilzkrankheit, Maul- und Klauenseuche bzw. Skorbut und Beri-Beri) ist nicht ohne weiteres verständlich, weshalb die an sich so weitgehende Vollmacht des Bundesrates, die Versicherung der Berufs-

Digitized by Google

krankheiten schrittweise zu erstrecken, ihm nicht auch für diese Zweige erteilt worden ist. Anzunehmen aber ist, daß es sich da um einen sachlich nicht begründeten Ausgleich zwischen entgegengesetzten Strömungen in der 16. Kommission des Reichstages gehandelt hat.

Neben diesem Begriff „gewerbliche Berufskrankheiten" noch einen weiteren „Gewerbekrankheiten" beizubehalten, der sich nicht völlig mit ihm deckt, aber eine fast gleiche Bezeichnung trägt, erscheint zwecklos und verwirrend; es dürfte sich daher empfehlen, mit diesen Worten gleichbedeutende Begriffe zu verbinden und „Berufskrankheiten" als gemeinsamen Oberbegriff zu wählen für die gewerblichen Berufskrankheiten (kurz Gewerbekrankheiten), die landwirtschaftlichen Berufskrankheiten, die See-Berufskrankheiten, die Berufskrankheiten des Bergmannes (kurz Bergmannskrankheiten), die Berufskrankheiten des Gelehrten usw., die also in ihrer Gesamtheit den Begriff „Berufskrankheiten" ausmachen.

Neben dieser Unterteilung, die man als die versicherungsrechtliche ansprechen könnte, läuft eine zweite. Während hier der Jurist die Berufskrankheiten von dem Gesichtspunkte der verschiedenen beruflichen Tätigkeitsgruppen aus betrachtet, denen sie eigentümlich sind, unterscheidet der Mediziner sie nach der Art ihrer Ursache oder Entstehung, wie die vorhin erwähnten Einteilungen Telekis, Lewins und Könens zeigen. Aber auch hier scheint als Oberbegriff durchaus „Berufskrankheiten" am Platze zu sein, denn man kann u. a. mit Recht von gewerblichen Infektionskrankheiten sprechen im Gegensatz zu den landwirtschaftlichen, so daß wir zu folgenden Einteilungen gekommen sind:

I. Berufskrankheiten nach Tätigkeitsgruppen unterschieden: Gewerbliche B., landwirtschaftliche B., bergbauliche B., Berufskrankheiten des Gelehrtenberufs, der Beamten, des Heeres, der Feuerwehr usw.

II. Berufskrankheiten nach Ursachen unterschieden: spezifische B. (Vergiftungen, Infektionen, Hautkrankheiten, Nervenkrankheiten, Staubinhalationskrankheiten usw.) und mechanische B.

An sich wäre es durchaus denkbar, auch andere als die gewerblichen Berufskrankheiten (Gewerbekrankheiten) zu versichern, während umgekehrt anderer Schwierigkeiten wegen nicht alle Gewerbekrankheiten dieser Art in absehbarer Zeit, weder bei uns noch im Auslande, für eine Versicherung in Frage kommen. Hierdurch entsteht meines Erachtens das Bedürfnis nach einer zusammenfassenden Bezeichnung für alle die Krankheiten, welche in einem Lande versichert sind, und was läge da näher als sie, den Gegensatz zum „Betriebsunfall", folgerichtig „Betriebskrankheiten" zu nennen? Der Betriebsunfall ist ein Unfall, der mit dem Betriebe in ursächlichem Zusammenhange steht; nur gegen seine Folgen ist der Arbeitnehmer versichert. Ganz so weit zwar kann die Versicherung der Berufskrankheiten nicht gehen aus Gründen, die hier nicht erörtert werden können; dennoch aber paßt auf sie auch jenes Merkmal, während die weitere notwendige Einschränkung durch einen besonderen Zusatz zu kennzeichnen ist, nämlich die Ausschließung der Krankheiten, welche als Folge einer ungesunden Arbeitsstätte auftreten, also höchstens vereinzelten Betrieben, nicht aber dem Gewerbe als solchem eigentümlich sind.

Demnach wäre „Betriebskrankheit" eine Berufskrankheit, die mit dem Betriebe des Erkrankten in ursächlichem Zusammenhange steht und zur Zeit des Ausbruches vom Gesetz oder der Rechtsprechung als solche anerkannt ist."

Daß die Krankheiten dem Berufe eigentümlich sein müssen, liegt in der Bezeichnung als Berufskrankheit, und man könnte daher an Stelle von Berufskrankheit den Begriff Gewerbekrankheit setzen, wollte man diese Begriffsbestimmung ausschließlich auf das jetzt geltende Recht anwenden. Würde das

Digitized by Google

Wort „Betriebskrankheiten" für den erörterten Begriff vom Gesetze übernommen, so hätte es der Gesetzgeber selbst, wie auch gegebenenfalls die Rechtsprechung in der Hand, dem Begriff den gewünschten Umfang zu geben. Das ist nichts neues und ist ja vor allem bei der Unterscheidung des Betriebsunfalles vom Unfall in gleicher Weise erfolgt; abweichend wäre nur die weitere Beschränkung, wodurch der Begriff zu einem wechselnden wird. Doch auch das liegt in den Verhältnissen begründet und trägt nur den Schwierigkeiten Rechnung, ohne darum sie noch zu vergrößern. Ebensowenig ist ja auch der Begriff „Betriebsunfall" praktisch ein abgeschlossener, wobei man nur an die wohlwollende Auslegung des Merkmales der Plötzlichkeit zu denken braucht, wenn es sich um Grenzfälle zwischen Unfall und Gewerbekrankheit handelt; ist hier doch die Rechtssprechung zu einer schrittweisen Ausdehnung gelangt und hat nach Francke (17 S. 13) noch anerkannt: „Quetschung der Leistengegend infolge 1½ Stunden andauernder angestrengter Arbeit in liegender Stellung, zum Teil auf einem scharfkantigen Balken; tötliche Herzerweiterung nach 3 Stunden langer Suche eines angeschossenen Rehbocks in gebirgigem Gelände; völlige Erblindung wegen Sehnervenschwundes durch Einwirkung von Cyanwasserstoffgas während 7—8 Stunden; Lungenentzündung durch Einatmung schwefliger und salpetriger Säuren während eines Tages und derselbe Unfall, bewirkt durch Einatmung von Thomasschlackenstaub während 2—3 Tagen.

Die Versicherung der Berufskrankheiten ist ein viel umstrittenes Gebiet, was jedem bekannt ist, der nicht ganz als Fremder der Arbeiterversicherung gegenüber steht. An eine restlose Versicherung gegen alle Berufskrankheiten ist nicht zu denken und nur vorsichtig tastend kann die Gesetzgebung aller Länder voranschreiten; aber gesetzt auch den Fall, daß alle bekannten Berufskrankheiten unterstellt wären, so würde trotzdem der Begriff der Betriebskrankheit im obigen Sinne unabgeschlossen bleiben, solange die Industrie nicht in ihrer Entwicklung auf dem Endpunkte angelangt ist und solange die Ärzte noch neue Beziehungen zwischen Beruf und Krankheit zu ermitteln in der Lage sind.

Das Wort selbst ist nicht neu in der Literatur und findet sich außer bei Ostern (9 S. 40) u. a. bei Könen (19 S. 52) und Lewin (18 S. 286) doch wohl nur etwa gleichbedeutend mit den beiden besprochenen; ähnlich auch bei Rang (6 S. 454). Zuerst dagegen hat es meines Wissens Fuld (24 S. 3) gebraucht.

Zusammenfassend und zur Kennzeichnung des Unterschiedes zwischen Sprachgebrauch und Arbeiterversicherungsrecht sei noch folgende Gegenüberstellung gegeben, bei der es sich aber nicht um scharfe Begriffsbestimmungen, sondern nur um allgemeine Erläuterungen handelt.

Sprachgebrauch:	Versicherungsrecht:
Krankheit ist die Abweichung einzelner oder aller Organe des Körpers von demjenigen Verhalten, wie es im Zusammenspiel der Tätigkeit der Organe zur Erhaltung des Gesamtorganismus notwendig ist.	sofern sie ärztliche Behandlung, Arznei oder Heilmittel erfordert.
Unfall ist ein plötzliches Ereignis, das einen Schaden verursacht, insonderheit eine Verletzung oder den Tod eines Menschen zur Folge hat.	(Fehlt.)
Betriebsunfall ist ein plötzliches Ereignis, das einen Schaden verursacht, insonderheit eine Verletzung oder den Tod eines Menschen zur Folge hat und mit dem Betriebe in ursächlichem Zusammenhange steht.	ein plötzliches, in einen kurzen Zeitraum zusammengedrängtes Ereignis, durch das ein Mensch eine Schädigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit erleidet und das mit dem Betriebe in ursächlichem Zusammenhange steht.
Berufskrankheit ist eine Krankheit, die dem Berufe des Erkrankten eigentümlich ist.	eine Krankheit, die allmählich entstanden und dem Berufe des Erkrankten eigentümlich ist.

Digitized by Google

Gewerbekrankheit ist eine Krankheit, die verursacht ist durch Schädlichkeiten, welche mit dem Gewerbe des Erkrankten in ursächlichem Zusammenhange stehen.

Betriebskrankheit ist eine Krankheit, die mit der Arbeitsstätte des Erkrankten in ursächlichem Zusammenhange steht.

eine allmählich entstandene Krankheit, verursacht durch Schädlichkeiten, welche mit dem Gewerbe des Erkrankten regelmäßig verbunden zu sein pflegen.

eine Berufs- (Gewerbekrankheit), die mit dem Betriebe des Erkrankten in ursächlichem Zusammenhange steht und zur Zeit des Ausbruches von Gesetz und Rechtsprechung als solche anerkannt ist.

Nachdem wir unter Zerlegung der einzelnen Begriffe in ihre Bestandteile erkannt haben, daß der Begriff „Beruf" weit mehr umfaßt als der des Gewerbes, haben wir folgerichtig auch der Berufskrankheit gegenüber der Gewerbekrankheit den größeren Umfang zuerkannt. Bei Feststellung des Verhältnisses der einzelnen Unterbegriffe zueinander sind wir dann zu einer versicherungsrechtlichen und medizinischen Einteilung der verschiedenen Krankheitsgruppen gekommen, in die sich die Berufskrankheiten unterscheiden lassen. Diese Gruppen nach Zahl und Inhalt erschöpfend zu behandeln, konnte nicht der Zweck dieser Erörterung sein, sondern mußte als Sonderaufgabe dem Mediziner bzw. Juristen vorbehalten bleiben. Lediglich die Ordnung der Hauptbegriffe in ihrem Verhältnis zueinander war der Zweck dieser Arbeit.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungspflicht der Zivilgefangenen feindlicher Staatsangehörigkeit.

Bescheid des **preuß. Kriegsministeriums** (Kriegsamt) vom 11. Juli 1917 (HMBl. S. 271).

Zivilgefangene feindlicher Staatsangehörigkeit unterliegen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung in keinem Falle. Als Zivilgefangene gelten nicht nur die als solche in Kriegs- und Zivil-Gefangenenlagern ohne Unterbrechung untergebrachten und dort mit Lagerarbeiten beschäftigten Personen, sondern auch folgende Gruppen feindlicher Staatsangehöriger:

1. Diejenigen Leute, die mit Lagerarbeiten außerhalb der Lage unter militärischer Bewachung beschäftigt werden, noch zum Lagerbestande gehören und täglich in die Lager zurückgeführt werden.

2. Diejenigen Leute, die sich freiwillig zu Arbeiten außerhalb der Lager, die nicht mehr als Lagerarbeiten zu betrachten sind, bereit erklärt haben, demzufolge bei einzelnen Arbeitgebern beschäftigt werden und nicht mehr regelmäßig in die Lager zurückkehren, obschon sie noch zum Lagerbestande gehören, die jedoch aus Sicherheitsgründen unter militärischer Bewachung in Arbeitskommandos tätig sind.

Dagegen verlieren Personen, die auf Grund selbstgeschlossener Arbeitsverträge dauernd aus den Zivilgefangenenlagern zur freien Arbeit entlassen und deshalb in den Lagerlisten nicht weiter geführt, auch nicht militärisch bewacht werden, die Eigenschaft als Zivilgefangene. Sie sind der gesetzlichen Versicherung nach den Vorschriften in den Verordnungen vom 2. November 1916, 25. Januar 1917 und 30. März 1917 (RGBl. S. 1247, 79 und 301) unterworfen.

Ist ein im vaterländischen Hilfsdienst als Bureauarbeiter beschäftigter Prokurist versicherungspflichtig?

Entscheidung des **Versicherungsamts Altona** vom 30. Juli 1917.

W. J. ist Prokurist bei der Firma S. in H. Auf Grund des Hilfsdienstpflichtgesetzes ist er freiwillig als Bureauarbeiter beim Generalkommando in A. eingetreten. Er hat sich auf den Standpunkt gestellt, daß er nicht auf Grund dieser Beschäftigung kranken- und invalidenversicherungspflichtig sei, da er während der Zeit der Zivildienstfüllung sein Gehalt als Prokurist weiterbeziehe. Das Generalkommando als Arbeitgeber vertritt ebenfalls diese Ansicht, und auf Anfrage des Versicherungsamts hat sich auch die Landesversicherungsanstalt dahin ausgesprochen, daß keine Invalidenversicherungspflicht bestehe. Bezüglich der

Digitized by Google

Frage der Invalidenversicherung herrscht also kein Streit, da alle drei Beteiligten — der Angestellte, der Arbeitgeber und der Versicherungsträger — darüber einig sind, daß keine Versicherungspflicht vorliegt; eine Entscheidung darüber erübrigt sich deshalb. Was die Krankenversicherungspflicht anbelangt, so hat sich das Versicherungsamt bereits in Form der Auskunft ohne Verbindlichkeit dahin ausgesprochen, daß auch auf diesem Gebiete dasselbe gelte; der Versicherungsträger, die Betriebskrankenkasse der Heeresverwaltung, hat jedoch Abgabe einer Entscheidung beantragt. Das Versicherungsamt findet auch bei wiederholter Prüfung keinen Anlaß, von der früheren Ansicht abzuweichen. Die Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 will nicht schlechthin für jeden der Hilfsdienst Unterliegenden die Versicherungspflicht begründen, ohne Rücksicht darauf, ob eine solche bestünde, wenn die Beschäftigung nicht auf der Hilfsdienstpflicht, sondern auf rein freiwilligem Entschluß beruhte, sondern will nur die schon bisher geltenden Bestimmungen und anerkannten Grundsätze über die Versicherung auch dann für anwendbar erklären, wenn die Beschäftigung auf der Hilfsdienstpflicht beruht. Nach dem vorliegenden Sachverhalt übt J. eine Tätigkeit aus, die ihn nach der Art und der Bezahlung an sich krankenversicherungspflichtig nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. machen würde. Es fragt sich, ob die Tatsache, daß er nicht endgültig aus seiner bisherigen Berufsstellung ausgeschieden ist, sogar sein volles Gehalt als Prokurist weiter bezieht, darauf von Einfluß ist. § 165 Ziff. 2 erkennt Versicherungspflicht nur dann an, wenn die an sich versicherungspflichtige Beschäftigung den Hauptberuf bildet. Der Begriff „Hauptberuf" ist dabei nicht so eng auszulegen, daß es genügt, wenn die Beschäftigung die Zeit hauptsächlich in Anspruch nimmt; es kommt wesentlich auch darauf an, ob die Beschäftigung diejenige ist, die die soziale Stellung und die Lebenshaltung des betreffenden Angestellten bestimmt. In diesem Sinne bildet die Beschäftigung beim Generalkommando zweifellos nicht den „Hauptberuf" des J.; sie nimmt zwar seine Arbeitskraft im wesentlichen in Anspruch, bestimmt aber nicht seine soziale Stellung und seine Lebensverhältnisse, die nach wie vor auf seiner Eigenschaft als Prokurist beruhe. Die hier vertretene Auffassung wird unterstützt durch die Erwägung, daß es zwecklos wäre und daher nicht als der Sinn des Gesetzes angesehen werden kann, Personen der Versicherungspflicht zu unterwerfen, die nach ihrer Lebensstellung der Versicherung nicht bedürfen. (Vgl. hierzu Entsch. des RVA. 1915 S. 578).

Anmerkung: Die Entscheidung ist recht verkehrt. Wer eine Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst ausübt, unterliegt nach § 1 der Verordnung vom 24. Februar 1917 (ArbVers. Heft 5 S. 177) den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung, soweit diese Verordnung nichts anderes bestimmt. Im vorliegenden Falle steht als Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst nur die Tätigkeit des J. als Bureauarbeiter beim Generalkommando in Frage. Das ist nicht eine Beschäftigung in gehobener Stellung, bei der die Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2 (und ebenso nach § 1226 Abs. 1 Ziff. 2) RVO. nur begründet wäre, wenn sie den Hauptberuf bildete, sondern es ist eine Beschäftigung als Gehilfe, die nach § 165 (§ 1226) Abs. 1 Ziff. 1 unbedingt versicherungspflichtig ist. Ob die Stellung als Prokurist, die J. außerhalb der Hilfsdiensttätigkeit einnimmt, eine gehobene ist, ist ganz gleichgültig; jedenfalls beruht auch sie auf Beschäftigung in Abhängigkeit von einem Arbeitgeber, und wenn sie versicherungsfrei ist, so folgt daraus selbstverständlich nicht, daß auch die Hilfsdiensttätigkeit versicherungsfrei sein müsse. Die am Schlusse der Entscheidung angeführte Entsch. des RVA. (2045, ArbVers. 1915 S. 589) trifft auf den vorliegenden Fall nicht zu. Dort hatte ein Oberstleutnant a. D., der eine andere Berufstätigkeit nicht ausübt, Beschäftigung als wissenschaftlicher Hilfsarbeiter, also in gehobener Stellung übernommen, und die Frage der Versicherungspflicht dieser Beschäftigung hing daher allerdings davon ab, ob sie als Hauptberuf anzusehen war. Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied von dem vorliegenden Falle.

B. Zur Krankenversicherung.

Hebammengebühren bei Kriegswochenhilfe.

Erlaß des **preuß. Ministers des Innern** (an die Regierungspräsidenten) vom 4. August 1917 (HMBl. S. 252).

In verschiedenen Orten sind Streitigkeiten über die Frage entstanden, in welcher Höhe die Hebammengebühren in solchen Fällen zu nehmen berechtigt sind, in denen die Krankenkassen die Gebühren aus der Reichswochenhilfe decken.

An sich soll der Betrag der Reichswochenhilfe ein Beitrag zu den gesamten Kosten der Entbindung sein, also nicht allein für die Bezahlung der Hebammen dienen. Doch haben die Hebammen in allen Fällen wenigstens auf Bezahlung der Mindestgebühren Anspruch, und zwar auch dann, wenn diese mit Rücksicht auf besonders schwierige und langdauernde Hilfeleistungen der Hebammen den Betrag der Reichswochenhilfe erreichen oder übersteigen sollten.

Der Regierungspräsident in Köln hat nun durch Verordnung vom 15. März 1915 zur Behebung von

Digitized by Google

Zweifeln bestimmt, daß die niedrigsten Sätze der Gebührenordnung für Hebammen auch in denjenigen Fällen Anwendung finden sollen, wo die Reichswochenhilfe zu leisten ist. Für den Fall, daß für den dortigen Bezirk ein Bedürfnis zutage getreten ist, stelle ich anheim, eine ähnliche Anordnung wie im Kölner Bezirk zu erlassen.

Abgehen der Kasse von der Krankenhauspflege; Anspruch des Versicherten auf deren Fortsetzung, solange sie notwendig ist.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 17. April 1917 (2353 Amtl. Nachr. 1917 S. 504).

Der Orts- und Landarmenverband zu B. hat dem hilfsbedürftigen O. K. vom 12. März bis zum 7. Juni 1915 wegen Blinddarmentzündung Krankenhauspflege gewährt. Die beklagte Ortskrankenkasse hat die vollen Kosten für die ersten drei Wochen, zu deren Übernahme sie sich im voraus bereit erklärt hatte, getragen. Der Armenverband fordert von ihr die Bezahlung der vollen Kosten auch für die weitere Zeit vom 2. April bis zum 7. Juni 1915, deren Höhe er mit 3 ℳ täglich, also für 66 Tage mit 198 ℳ bemißt. Er begründet seinen Anspruch damit, daß die Krankenhauspflege während der ganzen Zeit notwendig gewesen sei. K. selbst ist dem Verfahren beigetreten und hat beantragt, zwecks seiner Befreiung aus dem Schuldverhältnis gegenüber dem Armenverbande festzustellen, daß die beklagte Kasse zur Übernahme der vollen Kurkosten verpflichtet sei. Die Beklagte hat sich bereit erklärt, dem Armenverbande nach §§ 1531 ff. RVO. in Höhe von 77,25 ℳ Ersatz zu leisten, im übrigen aber die erhobenen Ansprüche abgelehnt. Sie hat ausgeführt, sie sei erst am 26. Juni 1915 von der Fortsetzung der Krankenhauspflege benachrichtigt worden; nachträglich könnten die hierdurch entstandenen Kosten nicht mehr von ihr beansprucht werden. Außerdem stehe dem Versicherten kein im Spruchverfahren verfolgbarer Anspruch auf Krankenhauspflege zu. Sie halte sich deshalb für berechtigt, jederzeit von der Gewährung der Leistungen aus § 184 RVO. abzugehen und wieder zu den Leistungen aus § 182 zurückzukehren. Dem Armenverband als solchen stehe aber nur ein Ersatzanspruch in der nach §§ 1531 ff. begrenzten Höhe zu. Das Versicherungsamt hat den Antrag des Armenverbandes auf Übernahme der vollen Kosten der Krankenhausbehandlung als unzulässig verworfen, da die Ansprüche der Armenverbände gegen die Krankenkassen in den §§ 1531 ff. erschöpfend geregelt seien und darüber hinaus ein Armenverband im Verfahren von den Versicherungsbehörden keinen Anspruch gegen die Kasse geltend machen könne. Auf den Antrag des Klägers K. hat es die Beklagte verurteilt, ihn wegen der Forderung des Armenverbandes in Höhe von 198 ℳ diesem gegenüber außer Verbindlichkeit zu setzen. Das Oberversicherungsamt hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Revision der Beklagten ist gleichfalls zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

. . . Allerdings hat das Reichsversicherungsamt wiederholt ausgesprochen, daß dem kranken Versicherten kein im Spruchverfahren verfolgbarer Anspruch auf Krankenhauspflege zusteht (zu vgl. Revisionsentsch. 1935, 2191 und 2320, Amtl. Nachr. 1914 S. 818, 1916 S. 478, 1917 S. 388). Hiervon wird aber die Frage nicht berührt, ob und wieweit eine Krankenkasse, nachdem sie einmal mit der Krankenhauspflege begonnen hat, hieran bis zur Beendigung der Krankenhilfe gebunden bleibt. Da es in dem Ermessen der Kasse steht, ob sie die Krankenhilfe durch die Leistungen des § 182 RVO. oder in Gestalt von Krankenhauspflege gewähren will, muß es ihr folgerichtig im allgemeinen auch freistehen, jederzeit von der anfangs gewährten Krankenhauspflege abzugehen und auf die Leistungen des § 182 zurückzugreifen. Das Gesetz bietet keinen Anhalt für die Annahme, daß die Kassen ihr Wahlrecht nur einmal ausüben und die getroffene Wahl nachträglich nicht mehr abändern dürften (ebenso Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 e zu § 184 RVO.; Hoffmann, Kommentar Anm. 4 zu § 184; Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 14. Februar 1895, Entsch. 27 S. 362; Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 14. Oktober 1902, ArbVers. 1903 S. 357). Keinesfalls darf aber der Abbruch der Krankenhauspflege dazu führen, daß der Kranke, dessen Verpflegung der Kasse obliegt, an Leben oder Gesundheit gefährdet wird. Es geht nicht an, daß der Versicherungsträger durch eigene Maßnahmen den Erfolg der von ihm gewährten Heilbehandlung in Frage stellt. Hat also eine Krankenkasse einmal Verpflegung in einem Krankenhause zugebilligt, so bleibt sie für die Zeit des Anspruchs auf Krankenhilfe daran gebunden, solange die Fortsetzung der Krankenhauspflege notwendig ist, insbesondere also solange die Überleitung der Krankenhilfe in die Form der Leistungen des § 182 geeignet wäre, auf den Gesundheitszustand des Kranken ungünstig einzuwirken. In diesem Umfang ist dem Versicherten ein selbständiger Anspruch auf Gewährung der Krankenhauspflege zuzuerkennen (ähnlich Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 5. Mai 1913, ArbVers. 1913 S. 659; Hahn a. a. O.; Hoffmann a. a. O.). Dieser schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes in Rechtsprechung und Literatur anerkannte Grundsatz muß nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung um so mehr gelten, als die neue Vorschrift des § 184 Abs. 4 den Krankenkassen die Weisung, in allen notwendigen Fällen Krankenhauspflege zu gewähren, in besonders dringlicher Form nahegebracht hat (zu vgl. Entsch. 2260, Amtl. Nachr. 1916 S. 617). Ein solcher Fall liegt hier vor. Nach dem Gutachten des Krankenhausarztes Dr. F. vom 5. Mai 1915 war weitere Krankenhausbehandlung unbedingt erforderlich und Entlassung voraussichtlich erst in vier bis fünf Wochen zu erwarten. Am 15. Juli 1915 hat derselbe Arzt bekundet, Krankenhausbehandlung sei ungefähr bis zum 15. Mai „unbedingt

Digitized by Google

erforderlich" gewesen; von da ab sei stationäre Behandlung „wenn auch nicht dringend notwendig, so doch sehr wünschenswert" gewesen; bei der Entlassung am 7. Juni sei die Wunde noch nicht ganz geschlossen gewesen, die Bestrahlungstherapie noch fortgesetzt worden. Ein Widerspruch ist zwischen diesen gutachtlichen Äußerungen nicht zu finden. Der Unterschied in der Beurteilung erklärt sich dadurch leicht, daß die erste noch während der Behandlung, die zweite nach deren Abschluß vom sicheren Standpunkt des rückschauenden Beurteilers abgegeben worden ist. Die zweite verdient deshalb ohne weiteres den Vorzug. Hiernach war die Krankenhausbehandlung bis zum 15. Mai unbedingt erforderlich, aber auch weiterhin noch sehr wünschenswert. Das erscheint um so verständlicher, als selbst bei der Entlassung die Wunde noch nicht ganz geschlossen war. Auf Grund des einwandfreien ärztlichen Gutachtens ist daher die Annahme gerechtfertigt, daß die Fortsetzung der Krankenhausbehandlung bis zum 7. Juni 1915 mindestens in dem Sinne notwendig war, als der Abbruch der Krankenhausbehandlung auf den Gesundheitszustand des Klägers ungünstig eingewirkt hätte. Da K. somit einen Anspruch auf Fortsetzung der Krankenhausbehandlung hatte, kann er auch verlangen, von der Beklagten wegen der entstandenen Kosten nachträglich gegenüber der Forderung des Armenverbandes befreit zu werden.

Weiterversicherung durch Beitragszahlung zum Zwecke der Erhaltung des Anspruchs auf Familienhilfe.

Rev.-Entsch. des **sächs. Landesversicherungsamts** vom 16. Juni 1917 (4. K.).

Der Kläger war vom Frühjahr 1907 ab bis zum 5. August 1914 Arbeiter einer Maschinenfabrik und dadurch Mitglied der Betriebskrankenkasse der Fabrik. Am 6. August 1914 ist er zum Heeresdienst einberufen worden, vom 10. Februar bis 21. August 1915 erwerbsunfähig krank und im Reservelazarett sowie beim Ersatzbataillon in ärztlicher Behandlung gewesen. Er verlangt von der beklagten Krankenkasse für die Zeit vom 13. Februar bis 13. August 1915 Krankengeld, da er bei seiner Einberufung die Erklärung, er wolle freiwilliges Mitglied bleiben, abgegeben habe und seine Beiträge von seiner Arbeitgeberin auf Grund ihrer Bekanntgabe, daß sie dies tun werde, geleistet worden seien. Die Beklagte hat die Erklärung der freiwilligen Weiterversicherung seitens des Klägers als möglich zugegeben, die Bezahlung des Krankengeldes aber mit der Begründung abgelehnt, die Arbeitgeberin habe die Beiträge sämtlicher verheirateter Kassenmitglieder zur Krankenversicherung und so auch beginnend mit der ersten Zahlung 14 Tage nach der Einberufung des Klägers dessen Beiträge in der niedrigsten Lohnklasse weiter bezahlt, damit aber, wie sie auch durch Anschlag in den Geschäftsräumen und durch an die Kriegsteilnehmer versendete Hefte bekannt gegeben, besonders auch dem Kläger und dessen Frau eröffnet habe, in der Form der Aufrechterhaltung der Pflichtmitgliedschaft der verheirateten, nicht der ledigen, Mitglieder lediglich den Angehörigen der Mitglieder den Anspruch auf ärztliche Behandlung und Arznei sichern wollen. Dies hat die Kasse näher ausgeführt.

Das Versicherungsamt hat nach dem Antrage des Klägers erkannt. Die Berufung der Kasse ist zurückgewiesen. Auch die Revision ist verworfen worden aus folgenden Gründen:

Das Vorbringen der Beklagten, die Arbeitgeberin des Klägers habe die Beiträge ihrer verheirateten Arbeitnehmer, darunter die des Klägers, unter Aufrechterhaltung der Pflichtmitgliedschaft neben anderen auch zu dem Zwecke bezahlt, um sich die Arbeitskraft der zum Heeresdienst Einberufenen für die Zukunft zu sichern, könnte bereits zu der Annahme führen, als sei die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses nach dem Schlusse des Krieges in der Weise in Aussicht genommen gewesen, daß die Fortzahlung der Versicherungsbeiträge als Entgelt aus dem fortbestehenden Arbeitsverhältnisse angesehen werden müsse (vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 371 Nr. 1969). Dem steht indessen ebensowohl das weitere Anführen der Beklagten, wonach die Bezahlung der Versicherungsbeiträge lediglich die Versorgung der Angehörigen der Einberufenen bezweckt, wie auch die Auffassung des Klägers entgegen, daß er nur die freiwillige Weiterversicherung beabsichtigt habe. Der Kläger geht hiernach selbst davon aus, daß er aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden sei und zufolge seiner rechtzeitigen Erklärung, Mitglied bleiben zu wollen, die Versicherung nach § 313 Abs. 1 und 2 RVO. fortgesetzt habe.

Es kann dahingestellt bleiben, ob der Kläger, was von der Beklagten in dieser Instanz bestritten wird, eine Erklärung solchen Inhalts abgegeben hat oder nicht. Denn nach § 313 Abs. 2 Satz 3 RVO. steht dieser in Abs. 1 ebenda vorgesehenen Anzeige die Bezahlung der satzungsgemäßen Beiträge innerhalb der für die Anzeige bestimmten dreiwöchigen Frist gleich, und die Beitragsleistung ist, sofern sie sonst die Mitgliedschaft des Klägers zu erhalten geeignet war, jedenfalls fristgemäß erfolgt und in solcher Weise weiter bewirkt worden, daß auch ein Erlöschen der Mitgliedschaft gemäß § 314 Abs. 1 RVO. nicht in Betracht zu ziehen ist.

Die Frage nach der Zulässigkeit der Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer sowohl durch eigene Beitragsleistung, wie durch die Beitragszahlungen Dritter und demgemäß ihres Anspruchs auf Krankengeld nach § 182 Nr. 2 RVO. ist von der Rechtsprechung (vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 432, 573, 761 Nr. 1992, 2042, 2110, Grundsätze Entsch. des LVA. Bd. 1 S. 193 Nr. 22) einhellig bejaht worden und auch im gegenwärtigen Falle nicht umstritten. Mit der in den Amtl. Nachr. 1915 S. 432 flg. abgedruckten Revisionsentsch. 1992 des Reichsversicherungsamts, deren Begründung hier ohne weiteres zutrifft, ist auch die Frage, ob, wenn die Beitragsleistungen des Arbeitgebers als in Vertretung des Klägers bewirkte anzusehen sind, dadurch dessen

Digitized by Google

Weiterversicherung zustande gekommen und erhalten geblieben ist, zu bejahen, weil davon ausgegangen werden darf, daß dies dem Willen des Klägers entsprochen hat, und die Arbeitgeberin als dazu stillschweigend ermächtigt angesehen werden durfte. Die Besonderheit des vorliegenden Falles ist danach lediglich darin zu finden, daß, wie die Beklagte behauptet, die Arbeitgeberin durch die Beitragsleistungen nicht die Weiterversicherung des ausgeschiedenen Kassenmitgliedes, sondern bloß die Erhaltung der Familienhilfe nach § 205 RVO. bezweckt hat, und daß dies auch der Beklagten bei der Annahme der Beitragsleistungen bekannt gewesen ist.

Hätte die Arbeitgeberin des Klägers der Beklagten nur in Vertretung der versicherungsfreien Familienmitglieder eines aus dem Beschäftigungsverhältnisse und damit zugleich aus der Kasse ausgeschiedenen Mitgliedes Beiträge zum Zwecke der Zuwendung der Familienhilfe an diese Familienmitglieder geleistet, so würde ein Versicherungsverhältnis weder erhalten, noch neu begründet worden sein. Denn die Familienhilfe ist nicht eine Leistung an die Familienmitglieder eines Versicherten, sondern eine diesem selbst als dem Forderungsberechtigten zukommende Leistung und begrifflich ausgeschlossen für Familienangehörige eines aus dem Versicherungsverhältnisse ausgeschiedenen Versicherten, also Nichtmitgliedes der Kasse (vgl. Hanow-Hoffmann, RVO., 2. Aufl. Bd. 2 S. 209 Vorbem. vor § 205). So liegt aber der gegenwärtige Fall nicht. Vielmehr hat die Arbeitgeberin des Klägers, weil nur auf diesem Wege der Zweck ihrer Leistung zu erreichen war, die Beiträge nicht für dessen Familienmitglieder, sondern ausdrücklich in Vertretung des Klägers für ihn selbst als den Weiterversicherten bezahlt. Damit ist aber, wie die Vorinstanzen bereits zutreffend ausgeführt haben, ungeachtet der unzutreffenden Bezeichnung der fortdauernden Mitgliedschaft als „Pflichtmitgliedschaft" (vgl. § 165 Abs. 1 Nr. 1 mit Abs. 2, §§ 306, 312, 313 RVO.) das Versicherungsverhältnis des weiterversicherten Klägers nach § 313 Abs. 2 RVO. aufrechterhalten worden.

Denn, wenn selbst aus der Tatsache, daß die Beiträge nur zum Zwecke der Erhaltung der Familienhilfe für die versicherungsfreien Familienmitglieder der aus dem Beschäftigungsverhältnisse ausscheidenden Versicherten geleistet werden sollten, und aus der Tatsache, daß die Beklagte mit diesem Zwecke der Leistungen bekannt war, die Vereinbarung gefunden werden könnte, daß dadurch Ansprüche der Ausgeschiedenen an die Beklagte nicht begründet oder erhalten werden sollten, so würde doch diese Vereinbarung der bindenden Kraft entbehren. Die auf Grund der Reichsversicherungsordnung zu gewährenden Unterstützungen sind Gegenstand einer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung und gesetzliche Folgen bestimmt im Gesetz festgelegter Tatbestände (vgl. Entsch. des RG. in ZS. Bd. 56 S. 353). Die Rechtsfolgen der letzteren treten demnach unabhängig davon ein, ob sie von den Beteiligten gewollt werden und ob diese sich davon ein unzutreffendes Bild gemacht haben. Deshalb folgt aus der ebenso rechtzeitigen wie zulässigen Leistung seiner Kassenbeiträge durch die Beklagte seine wirksame Weiterversicherung, sowie daraus, daß seine Arbeitgeberin an seiner Stelle die ihm als einem Weiterversicherten obliegenden Beiträge tatsächlich für ihn als einen Weiterversicherten bezahlt hat, die Erhaltung seiner Mitgliedschaft. Die Vorinstanzen haben also mit Recht den Tatbestand für vorliegend erachtet, der gleichviel, welche Folgerungen daraus die Arbeitgeberin des Klägers und die Beklagte gezogen hatten, letztere nach dem Gesetz und nach ihrer Satzung zu der diesen Vorschriften entsprechenden Leistung des Krankengeldes an den Kläger verpflichtet.

Berechnung der Dreiwochenfrist aus § 214 RVO.

Rev.-Entsch. des **sächs. Landesversicherungsamts** vom 16. Juni 1917 (2. K.).

Auszugehen ist davon, daß nach § 125 RVO. „eine Frist, die nach Wochen oder Monaten bestimmt ist, mit dem Ablaufe desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats endigt, der nach Benennung oder Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis fällt, das den Beginn des Fristenlaufes bestimmt". Dieses Ereignis ist im Falle des § 214 RVO. die Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung, die zum Ausscheiden aus der Kassenmitgliedschaft führt. Wenn der Wortlaut des § 214 von einem „Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit" spricht, so ist dies, wie bereits in der grundsätzlichen Entscheidung des Großen Senates des Reichsversicherungsamtes vom 11. Dezember 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 334) hervorgehoben wird, eine ungenaue Ausdrucksweise, da die Erwerbslosigkeit nicht die Ursache des Ausscheidens ist, sondern vielmehr das Ausscheiden, an das sich die Erwerbslosigkeit unmittelbar anschließen muß, seinen ausschließlichen Grund in dem mit dem Ende der Beschäftigung verbundenen Wegfall der Versicherungspflicht hat. Es kann folglich sehr wohl das Ausscheiden noch an dem Tage erfolgen, an dem der Versicherte zum letzten Male voll gearbeitet und Lohn bezogen hat. Demnach kommt alles darauf an, ob der Kläger schon am 1. August oder erst später durch Aufhören der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus der Mitgliedschaft bei der Beklagten ausgeschieden war. War hierfür als maßgebender Tag noch der 1. August anzusehen, so war die Frist bereits am 22. August beendigt und der Versicherungsfall erst nach Ablauf der Frist eingetreten; war der maßgebende Tag

Digitized by Google

später, so ereignete sich der Versicherungsfall noch innerhalb der Frist.

Der ausschlaggebende Zeitpunkt der Lösung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses ist nun keineswegs immer gerade der Augenblick, in dem der Versicherte zuletzt Arbeit geleistet hat. Vielmehr ist in den Fällen, in denen das Beschäftigungsverhältnis durch den Arbeiter oder Arbeitgeber freiwillig gelöst wird, dazu noch erforderlich, daß der Wille, das Beschäftigungsverhältnis nicht weiter fortzusetzen, erkennbar hervorgetreten ist; nur wenn äußere Umstände, wie die Mobilmachung, eine Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses unmöglich machen, ist letzteres schon in dem Augenblick als gelöst zu betrachten, in dem objektiv feststeht, daß eine Wiederaufnahme der Arbeit nicht erfolgen kann (vgl. die bei Hoffmann, KVG., in Anm. 23a 2. Abs. zu § 165 angezogenen Entscheidungen des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 5. März 1896 und 2. Mai 1900 und des Sächs. Ministeriums des Innern vom 1. November 1899, sowie weiter die bei Haenel, KVG., in Anm. 3f zu § 306 angeführten Entscheidungen des Bayr. VGH. vom 14. Februar 1890 und 18. März 1907 und des Sächs. OVG. vom 30. Juni 1909, auch die ebenda in Anm. 6ga zu § 214 angef. Entscheidungen des Sächs. OVG. vom 25. Juli 1903 und des LG. Düsseldorf vom 29. April 1897, und insbesondere die neuerdings ergangene grundsätzliche Entscheidung des RVA. vom 28. November 1916 in AN. 1917 S. 257; — dagegen die bei Stier-Somlo in Anm. 3d zu § 214 genannten Entscheidungen des Bayr. VGH. vom 2. September 1912 und 22. Mai 1905; ebenso unrichtig die in AV. 1904 S. 232 veröffentlichte Entscheidung des Preuß. OVG. vom 14. Dezember 1903, sowie die bei Haenel in Anm. 6g zu § 214 angeführte Entscheidung des Bayr. VGH. vom 27. Juni 1910).

Im vorliegenden Falle hat Gr. am 3. Mobilmachungstage, dem 4. August 1914, beim Heere eintreffen müssen, der 2. August war ein Sonntag, an dem schon an sich nicht gearbeitet wurde; also ist anzunehmen, daß Gr. an dem dazwischenliegenden Tage des 3. August nicht erst noch hat arbeiten wollen. Wenn hierüber ein Zweifel auftauchen könnte, so wird er dadurch beseitigt, daß nach der nicht bestrittenen Behauptung der Kasse noch am 1. August die Abmeldung des Gr. erfolgt ist. Aus diesen begleitenden Umständen muß einwandfrei gefolgert werden, daß bereits am 1. August klar erkennbar das Beschäftigungsverhältnis zu Ende war. Mithin ist Gr. noch am 1. August aus der Mitgliedschaft der Kasse ausgeschieden, und der am 23. August eingetretene Versicherungsfall nicht mehr binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eingetreten. Die Kasse war daher zur Leistung nicht verpflichtet.

Wiedereintritt eines Kriegsteilnehmers in die Ersatzkasse gilt als neuer Beitritt im Verhältnis zur gesetzlichen Krankenkasse.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. April 1916 (2364 Amtl. Nachr. 1917 S. 520).

Es ist davon auszugehen, daß der Beschwerdeführer am 1. April 1916 versicherungspflichtiges Mitglied der Ortskrankenkasse durch Wiederaufnahme seiner früheren Beschäftigung geworden ist. Der Umstand, daß er damals noch als beurlaubter Kriegsteilnehmer dem Soldatenstand angehörte, steht dieser Annahme nicht entgegen. Denn auch zur Beschäftigung in Privatbetrieben beurlaubte Personen des Soldatenstandes unterliegen beim Eintritt in eine unter § 165 RVO. fallende Tätigkeit der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht (§ 172 Nr. 2 RVO.; Bescheid 13, Amtl. Nachr. 1891 S. 124; Entsch. 1468, Amtl. Nachr. 1910 S. 470; Ziff. 28, 35 der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 721 ff.; zu vgl. Erlaß des Königl. Preuß. Kriegsministers vom 17. Mai 1916, abgedruckt in den Amtl. Nachr. 1916 S. 606). Nach § 519 Abs. 1 RVO muß der Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei der gesetzlichen Kasse (§ 517 Abs. 1) beim Eintritt in die Krankenkasse oder spätestens am zweiten Zahltage darauf beim Kassenvorstande gestellt werden, falls ein Versicherungspflichtiger vom Rechte des § 517 Abs. 1 Gebrauch machen will. Innerhalb dieser Frist hat der Beschwerdeführer den Antrag nicht gestellt, sondern erst im Laufe des Monats September 1916. Es liegt also ein im Sinne des § 519 Abs. 1, § 520 Abs. 1 RVO. „nicht rechtzeitig" gestellter Antrag vor (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf. Anm. zu § 520 a. a. O.). Für diesen Fall schreibt § 520 Abs. 1 ausdrücklich vor, daß der Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei der gesetzlichen Krankenkasse frühestens für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahrs gestellt werden kann, und daß dies mindestens einen Monat zuvor beim Kassenvorstande geschehen muß. Das gleiche gilt nach § 520 Abs. 2 für Mitglieder der Krankenkasse, die erst nach dem Eintritt einer Ersatzkasse beitreten. Diese Voraussetzung ist hier gegeben; denn der Beschwerdeführer ist der Ersatzkasse erst im September 1916 wieder beigetreten, während er schon seit 1. April 1916 einer Pflichtkasse wieder angehörte. Bei Anwendung des Grundsatzes des § 520 Abs. 1 RVO. auf den hier vorliegenden Fall des nachträglichen Beitritts zu der Ersatzkasse (§ 520 Abs. 2) ergibt sich danach also, daß der von dem Beschwerdeführer im Laufe des Monats September 1916 gestellte Antrag erst vom 1. Januar 1917 ab wirken kann. Ausnahmen von § 520 RVO. sind weder in der Reichsversicherungsordnung selbst, noch in anderen Vorschriften oder Bestimmungen enthalten.

Digitized by Google

Insbesondere ist es unerheblich, ob der verspätete Beitritt zu der Ersatzkasse durch Umstände verursacht worden ist, die außerhalb des Willens des Beitretenden lagen. Auch wenn der Beschwerdeführer, wie er angegeben hat, der Ersatzkasse schon früher beitreten wollte, sein Beitritt infolge besonderer Ver-

hältnisse aber erst im September 1916 erfolgen konnte, treten die oben bezeichneten Wirkungen der verspäteten Antragstellung ein (§ 520 RVO.). Nach Lage der gesetzlichen Vorschriften besteht keine Handhabe, seinen Antrag aus Billigkeitsrücksichten einem im Sinne des § 519 RVO. rechtzeitig gestellten gleich zu erachten. Auch in dem § 7 Abs. 2 der erwähnten Verordnung des Bundesrats vom 5. Juli 1916 findet

Digitized by Google

die Beschwerde keine Stütze. Er besagt allerdings, daß der Wiedereintritt der infolge Eintritts in den Heeresdienst aus ihrer Ersatzkasse Ausgeschiedenen, die nach Abs. 1 daselbst unter den dort bezeichneten Voraussetzungen nach der Rückkehr in die Heimat auf Antrag in ihre Ersatzkasse wieder aufzunehmen sind, nicht als neuer Beitritt gilt. Der Zweck der Bestimmung ist aber lediglich der, den infolge dieser Dienstleistungen aus ihrer Ersatzkasse Ausgeschiedenen ihr gegenüber beim Wiederbeitritte die frühere Rechtsstellung zu erhalten, Erschwerungen bei erneutem Beitritt also auszuschließen. Diese Bestimmung bezieht sich mithin nicht auf das Verhältnis der Ersatzkassenmitglieder zu den gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere das Ruhen der Rechte und Pflichten bei diesen, das in den §§ 517 ff. RVO. geregelt ist. Demnach muß, da die Wirkungen eines früher gestellten Antrags auf Ruhen der Rechte und Pflichten mit dem Ausscheiden aus der Versicherung ohne weiteres erlöschen, beim Wiedereintritt in diese ein neuer Antrag gestellt werden, falls Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse nicht bestehen bleiben sollen (zu vgl. Schricker, Die Krankenversicherung der Kriegsteilnehmer bei Ersatzkassen, ArbVers. 1916 S. 673 ff.). Es würde übrigens die Geschäftsführung der Pflichtkassen unnötig erschweren und auch häufig für die Kriegsbeschädigten nicht von Vorteil sein, wenn man, entgegen dieser Ansicht, dem früher gestellten Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei der gesetzlichen Kasse weitere Wirksamkeit beilegen wollte. Denn wird ein Kriegsteilnehmer infolge Wechsels des Beschäftigungsorts nicht Mitglied der früheren, sondern einer anderen Pflichtkasse, so kann die Kasse auf Grund der Neuanmeldung gar nicht wissen, ob der Beitretende schon früher Mitglied einer Ersatzkasse war, ob er das Ruhen der Rechte und Pflichten bei einer gesetzlichen Kasse früher beantragt hatte, und ob er, falls dies der Fall war, noch oder wieder Mitglied einer Ersatzkasse ist (zu vgl. Entsch. 1970, Amtl. Nachr. 1915 S. 372). Ähnliche Unklarheiten ergeben sich beim Wiederbeitritte zu der früheren Pflichtkasse, namentlich wenn der Wiedereintretende längere Zeit aus der Pflichtmitgliedschaft ausgeschieden war. Es können sich weiter bei dem in die Pflichtmitgliedschaft wieder Eintretenden selbst die Verhältnisse in der Zwischenzeit geändert haben, so daß das Fortwirken des früher gestellten Antrags seinen Wünschen und Interessen nicht mehr entspricht. Namentlich für Kriegsbeschädigte mit erheblich geschwächter Gesundheit kann es unter Umständen vorteilhaft sein, sich Ansprüche auf Leistungen bei der Pflicht- und Ersatzkasse zu erhalten, insbesondere wenn die Gewährung von Mehrleistungen bei der Pflichtkasse in Frage kommt. Es ist daher vielfach nur erwünscht, daß der Kriegsteilnehmer bei seinem Wiedereintritt in die Krankenversicherung, worauf Schricker a. a. O. S. 676 mit Recht hinweist, neuerdings vor die Frage gestellt wird, ob seine Rechte und Pflichten bei der gesetzlichen Kasse ruhen sollen oder nicht. Nach alledem konnte der Beschwerdeführer nicht mit Wirkung vom 1. September 1916, sondern erst vom 1. Januar 1917 ab das Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Ortskrankenkasse beantragen. Die Beschwerde war somit zurückzuweisen.

Steuervorrecht der Krankenkassenbeamten in Preußen.

Entscheidung des **preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 5. Juli 1917 (II C. 317. 16).

Die Parteien streiten darüber, ob der Kläger, als Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse, das Steuervorrecht der Staatsbeamten nach dem Gesetze vom 16. Juni 1909 für die Zeit vom 1. Oktober 1914 bis 31. März 1915 hat. Der Bezirksausschuß hat die Frage bejaht und die veranlagte Gemeindeeinkommensteuer entsprechend herabgesetzt. Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision des beklagten Stadtmagistrats, die vom Oberverwaltungsgericht als nicht begründet zurückgewiesen worden ist, aus folgenden Gründen:

Nach § 359 RVO. kann die Landesregierung Beamten, die von Krankenkassen mit Genehmigung des Oberversicherungsamts auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen. Durch Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe sowie für Landwirtschaft vom 18. Februar 1914 (HMBl. 1914 S. 79) sind den auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellten Beamten der Krankenkassen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen worden. Die hier aufgestellten Voraussetzungen sind im vorliegenden Falle für den Kläger gegeben. Denn nach dem vom Oberversicherungsamt in O. erlassenen Regulativ, betreffend die Anstellung und Versorgung der Beamten der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Stadtkreis K. § 1 und § 2 gilt die Stelle des Geschäftsführers der Krankenkasse als die Stelle eines Beamten im Sinne des § 359 a. a. O. und des angeführten Ministerialerlasses, und diese Stelle ist dem Kläger mit Genehmigung des Oberversicherungsamts durch Anstellungsurkunde vom 28. September 1914 übertragen worden. Hiernach stehen dem Kläger vom Zeitpunkt seiner Anstellung ab die Rechte gemeindlicher Beamten zu. Zu diesen Rechten gehört auch das Steuervorrecht nach der Verordnung vom 23. September 1867 und nach dem Gesetze vom 16. Juni 1909. Das ist für die Beamten der Versicherungsanstalten der Invaliditäts- und Altersversicherung, denen nach § 98 des Gesetzes vom 19. Juli 1899 — jetzt § 1348 RVO. — ebenfalls die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten von der Landesregierung übertragen werden,

Digitized by Google

in der Entscheidung des Gerichtshofes vom 24. Juni 1902 (amtl. Sammlung Bd. 42 S. 60) anerkannt und muß auch hier gelten.

Die gegen diese Auffassung gerichteten Angriffe des Revisionsklägers gehen fehl. Der Revisionskläger geht von der Annahme aus, daß es sich darum handele, ob der Kläger zu den mittelbaren Staatsbeamten gehöre, und bestreitet deshalb, weil im Sinne des § 2 der Verordnung vom 23. September 1867 mittelbare Staatsbeamte nur die Beamten solcher Korporationen seien, welche organisch in die Zwecke des Staats eingreifen und Zwecke zu erfüllen haben, die in direkter Beziehung zu den Aufgaben des Staates stehen, und weil diese Voraussetzungen für die Ortskrankenkassen nicht zuträfen. Aber darum handelt es sich hier nicht. Es fragt sich nicht, ob der Kläger mittelbarer Staatsbeamter ist, sondern ob er das Steuervorrecht der mittelbaren Staatsbeamten hat. Diese Frage war aus den dargelegten Gründen zu bejahen.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall auf dem Wege zur Arbeitsstätte kein Betriebsunfall, auch wenn für den Weg Vergütung gezahlt wird.

Entscheidung des **sächs. Landesversicherungsamts** vom 3. Februar 1917 (6 U. St.)

. . . . Die Verordnung des Finanzministeriums weist zwar im Interesse der Forstverwaltung an der Erhaltung eines ständigen und darum geübten Arbeiterstammes die Forstbehörden an, allen Waldarbeitern, die zur Arbeitsstelle einen Anmarsch von über 5 km haben, eine Vergütung in Höhe mindestens eines Stundenlohnes zu gewähren. Damit wird aber (zu vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1904 S. 616 ff. Nr. 2067) nicht verfügt und es kann auch nicht aufsichtswegen verfügt werden, daß und inwieweit der Weg der Waldarbeiter, je nachdem sie eine geringere oder größere Entfernung zur Arbeitsstelle zurückzulegen haben, dem forstwirtschaftlichen Betriebe zuzurechnen ist. Diese Frage ist lediglich nach den einschlagenden gesetzlichen Vorschriften (§ 923 verb. mit § 161 RVO.) zu beantworten. Danach muß ein körperlich schädigendes Ereignis, um als Betriebsunfall gelten zu können, mit dem Betriebe in einem inneren ursächlichen Zusammenhang stehen. Für den Arbeiter, der in der Fabrik, auf dem Bauplatze usw. oder, wie im vorliegenden Falle der Kläger an seiner Arbeitsstelle im Walde räumlich begrenzte Arbeitsstätte hat, ist die Wohnung der Mittelpunkt der eigenwirtschaftlichen Interessen. Seine Betriebstätigkeit beginnt regelmäßig mit dem Erreichen der Arbeitsstätte und endet mit ihrem Verlassen. Bei den Wegen zwischen seiner Wohnung und der Arbeitsstätte steht seine eigenwirtschaftliche Tätigkeit im Gegensatze zur Betriebstätigkeit im Vordergrunde. Die Wege ermöglichen ihm zwar die Arbeitsverrichtung und führen ihn dem Betriebe sowie nach Beendigung der Arbeit wiederum der Wohnung zu, sind aber nicht Betriebsvorgänge, deren Begrenzung im allgemeinen durch die Tatsache und die Dauer der Tätigkeit auf der Betriebsstätte zu finden ist. Deshalb haben das RVA. und das LVA. in ständiger Rechtsprechung angenommen, daß die Wege, die, wie im vorliegenden Falle der Weg des Klägers, lediglich dem Zugange des versicherten Arbeiters zur Betriebsstätte von seiner außerhalb liegenden Wohnung und der Rückkehr von jener zu dieser dienen, regelmäßig dem Betriebe nicht zuzurechnen sind (zu vgl. Handbuch der UV. Bd. 1 S. 109 ff. Anm. 51 zu § 1 des GUVG., Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 713 Nr. 2745, 1915 S. 810 Nr. 2844, Entsch. u. Mitt. des RVA. Bd. 6 S. 199 Nr. 78, Grds. Entsch. des LVA. Bd. 1 S. 13 Nr. 3 und S. 51 Nr. 10, auch Bayr. LVA. in Entsch. u. Mitt. des RVA. Bd. 5 S. 178 Nr. 73). Dieselben Grundsätze gelten auch für Land- und Forstarbeiter (zu vgl. Handb. a. a. O. Bd. 2 S. 21 ff. Anm. 7 zu § 1 des LUVG.). Nur ist zugunsten der letzteren von der Rechtsprechung der Begriff der Arbeitsstätte im allgemeinen räumlich weiter, als auf gewerblichem Gebiete, gefaßt und darunter in der Regel der gesamte Forst, also Räume verstanden worden, die nach Befinden weit von der Arbeitsstätte entfernt liegen, wobei jedoch Örtlichkeiten, die nicht zum Forste des Unternehmers gehören und öffentliche Wege in der Regel auszuscheiden haben, auf denen die Gefahren des Waldes, der Betriebsstätte, als Unfallursache ohne weiteres ausgeschlossen sind (zu vgl. Handb. a. a. O. Bd. 2 S. 22 Anm. 8 zu § 1 des LUVG. und angez. Entsch., bes. Amtl. Nachr. 1890 S. 167 Nr. 803, 1891 S. 195 Nr. 946, 1895 S. 234 Nr. 1438).

Die Unfälle, bei deren einem oder mehreren der Kläger körperlich beschädigt worden ist, haben sich außerhalb des Staatsforstreviers und außerdem auf öffentlichen Wegen ereignet. Sie können deshalb auch dann nicht als Betriebsunfälle angesprochen werden, wenn der weitestgehenden Ausdehnung des Begriffs der Betriebsstätte eines Forstarbeiters nach Maßgabe der bisherigen Rechtsprechung zuzustimmen ist.

(„Berufsgenossenschaft".)

Digitized by Google

Bei einem Ersatzanspruch der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft für Krankenpflege (§ 1503 RVO.) haben die Spruchbehörden auch über den Anspruch des Versicherten auf Unfallentschädigung zu entscheiden.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 1. Mai 1917 (2359 Amtl. Nachr. 1917 S. 512).

Der Ersatzanspruch der Klägerin (Krankenkasse) setzt nach §§ 1503, 1501 RVO. voraus, daß sie infolge eines Unfalls für eine Zeit geleistet hat, für die W. infolge des Unfalls auch einen Anspruch auf Unfallentschädigung hatte. Die Vorinstanzen haben sich für berechtigt gehalten, auch diese Frage selbständig zu prüfen und zu entscheiden, während die Beklagte (Berufsgenossenschaft) auf dem Standpunkt steht, daß darüber nur durch Bescheid der Berufsgenossenschaft und gegebenenfalls im Rechtsmittelverfahren der Unfallversicherung entschieden werden könne. Dieser Ansicht konnte nicht beigetreten werden. Zwar ist in der Revisionsentsch. 1857 (Amtl. Nachr. 1914 S. 549) grundsätzlich ausgesprochen worden, die Geltendmachung des Ersatzanspruchs einer Krankenkasse gegen eine Berufsgenossenschaft nach §§ 1501, 1515 Abs. 2 RVO. setze voraus, daß die Entschädigungsverpflichtung der Berufsgenossenschaft unstreitig oder daß über sie rechtskräftig im Verfahren der Unfallversicherung entschieden sei. Diese Entscheidung betraf aber nur einen Anspruch auf Ersatz des Sterbegeldes, also einer Leistung, welche die Berufsgenossenschaft nicht aus ihrem Vermögen, sondern aus einer Forderung der Hinterbliebenen des Versicherten zu ersetzen hat, da das von einer Krankenkasse gezahlte Sterbegeld nach § 1503 RVO. aus dem von der Berufsgenossenschaft zu gewährenden Sterbegelde zu ersetzen ist. Vorliegend ist umgekehrt der Ersatz (für Krankenpflege) nach §§ 1503, 1505 RVO. nicht aus einer Forderung des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen, sondern lediglich aus dem Vermögen der Berufsgenossenschaft zu bewirken. Der Versicherte oder seine Hinterbliebenen sind somit überhaupt nicht beteiligt, was das Reichsversicherungsamt für die ähnlich liegenden Fälle des § 1518 Abs. 2 RVO. bereits in der Revisionsentsch. 1883 (Amtl. Nachr. 1914 S. 648) ausgesprochen hat. Damit entfällt auch die Notwendigkeit, die Frage, ob den Versicherten oder seinen Hinterbliebenen ein Anspruch auf Unfallentschädigung zusteht oder zugestanden hat, zum Gegenstand eines besonderen Verfahrens zu machen. Vielmehr haben die zur Entscheidung über den Ersatzanspruch zuständigen Behörden auch über diese Frage, unbeschadet ihres Rechtes, das Verfahren bis zur rechtskräftigen Entscheidung in dem Unfallentschädigungsverfahren auszusetzen, selbständig zu entscheiden (zu vgl. Revisionsentsch. 1030, Amtl. Nachr. 1903 S. 264).

Sprechsaal.

Zur Verwaltungspraxis der Krankenkassen, betreffend Jahresberichte.

In Heft 23 beschäftigt sich Swolinzky, Bochum auch mit den Jahresberichten der Krankenkassen. Obwohl ich sonst der Kritik des Herrn Verfassers zustimme, möchte ich doch zu einigen Ausführungen des Abschnittes I meiner entgegengesetzten Meinung Ausdruck geben. Wenn Swolinzky bemängelt, daß in vielen Jahresberichten Gerichtsentscheidungen, Dienstordnung usw. abgedruckt würden, so übersieht er wohl, daß die Geschäftsberichte in erster Linie für die Mitglieder des Ausschusses und des Vorstands gedruckt werden; und da halte ich es für sogar notwendig, daß Entscheidungen, wenigstens ihr hauptsächlicher Inhalt, den Vertretern gesammelt vorgetragen werden. Den Vorstandsmitgliedern werden sie gelegentlich der Sitzungen vorgelesen, mancher behält sie, mancher auch nicht; die Ausschußmitglieder aber bekommen sie überhaupt nicht zur Kenntnis, wenn nicht durch die Veröffentlichung im Jahresbericht. Weiter sagt Herr S., es soll der Bericht gefüllt und wenigstens auf diese Weise gezeigt werden, daß die Verwaltung der Kasse auch auf dem Gebiete der Rechtspflege nicht müßig gewesen ist. Gewiß soll dieses gezeigt werden, denn es ist ja ein „Bericht von dem Geschäftsgang" der Kasse. Gerade die Entscheidungen können den Nachweis liefern, daß die Kassenverwaltung tatsächlich gearbeitet und sich auch mit dem Wohl und Wehe der Mitglieder eingehend beschäftigt hat. Zugleich gibt man so den Vertretern Gelegenheit, sich ein Bild von der Rechtsprechung auf dem Gebiete der Sozialversicherung zu machen, sie zum Nachdenken, zur Bildung eines selbständigen Urteils zu veranlassen. Ich kann also die Bekanntgabe der Entscheidungen im Geschäftsbericht, aber wohlgemerkt in kurzer Inhaltsangabe, durchaus billigen und für dringend notwendig erachten.

Jetzt zur Ahnengalerie: Nur wegen des Vergnügens, ihren Namen einmal gedruckt zu sehen, braucht man freilich im Geschäftsbericht nicht die Männer aufzuzählen, die sich bei der Kasse einmal betätigt haben; dies Vergügen hat ja jeder Vertreter schon bei den Veröffentlichungen der Wahlvorschlagslisten oder des Wahlergebnisses. Wenn aber eine Kasse in ihrem Bericht beispielsweise die Namen der neugewählten Vorstands- oder Ausschußmitglieder angibt, so erfüllt sie nur ihre Pflicht, abgesehen davon, daß es für spätere Zeiten manchmal geradezu wertvoll ist, wenn man sie in den alten Geschäftsberichten nachschlagen kann; geben doch die Vertreterwahlen bei den Versicherungsträgern immer ein gewisses Bild der zeitigen politischen Strömungen. Ist es z. B. nicht interessant, wenn man den Namen eines späteren Reichs- oder Landtagsabgeordneten, oder

Digitized by Google

eines späteren Unterstaatssekretärs in den Geschäftsberichten einer Krankenkasse verzeichnet findet, wo sie noch als Arbeitgeber oder Versichertenvertreter aufgeführt sind? Daß die Namen solcher Männer, die sich um die Kasse oder um die Sozialversicherung überhaupt verdient gemacht haben, in den Jahresberichten besonders erwähnt werden, ist einfach Pflicht und nicht nur allenfalls berechtigt, wie Herr S. meint.

Man lasse jeder Kassenverwaltung ihre Eigenart. Ich meine, es ist wertvoller, eine Reihe von verschiedenartigen Geschäftsberichten vor sich zu haben, als einen Packen nach einer Schablone zugeschnittener Berichte. Gerade das Verschiedenartige interessiert und hat Wert, da sich nur daraus in späteren Zeiten die Einflüsse einer gewissen geschichtlichen Periode, wie z. B. die des Weltkrieges, auf die einzelnen Versicherungsträger erkennen lassen. Wandert auch mancher Bericht in das Archiv, um dort für ewig zu schlummern, so glaube ich doch bestimmt, daß viele Geschäftsberichte aus früheren Zeiten später einmal als wertvolles Material hochwillkommen sein werden.

Im Schlußsatz des Abschnittes I meint Herr S., daß durch die Herausgabe der Geschäftsberichte, so wie sie jetzt gehandhabt würde, außerordentlich viel Zeit und Geld verschwendet wird. Das mag so scheinen, ist aber bei weitem nicht so schlimm. Wenn der Geschäftsführer seinen Jahresbericht zusammenstellt, so hat er das für die einzelnen Statistiken notwendige Material schon bei der Hand, da er ja nur aus Krankenbüchern, Hebelisten, Kassenbüchern usw. die Zahlen mehr oder weniger abzuschreiben hat. Der übrige Text, kurzer Rückblick auf das wirtschaftliche Leben des vergangenen Geschäftsjahres, wichtige Vorkommnisse, Einführung neuer Leistungen, Änderungen im Personal und endlich Vorführung der „Ahnengalerie" nehmen nicht viel Zeit in Anspruch. Was aber die Kosten betrifft — ja, wenn die Kassen bei jeder Sache erst fragen wollten, was kostet das und was bringt uns das ein?, dann stände es schlecht mit der deutschen Krankenversicherung. Die Ausgabe für den Jahresbericht ist eine notwendige: wie die Kassenverwaltung Bücher, Zeitschriften usw. beschafft, so hat sie auch die Pflicht, ihren Organen einen Rechenschaftsbericht abzugeben, und wenn dieser Geld kostet, und zur heutigen Zeit etwas mehr als gewöhnlich, so ist das eben nicht zu ändern. Man braucht ja nicht mit bildlicher Wiedergabe des Verwaltungsgebäudes von außen und innen, mit Bild des Geldschrankes, des Schreibtisches des Vorsitzenden aufzuwarten, das sind Unsinnigkeiten, die ich auch rüge. Unterläßt man sie, so hat man für 175 bis 250 ℳ einen 20 bis 30 Seiten starken Bericht in 150 bis 200 Stücken auch noch heute. Ich habe es schon erwähnt, man überlasse es jeder Kassenverwaltung, ihren Bericht so zu schreiben, wie sie es für angebracht hält, das sind eigene Angelegenheiten. Ich kenne nicht die Gründe, die meinetwegen die Krankenkasse B. veranlaßt haben, in dem Bericht ihres im Berichtsjahr verstorbenen Vorstandsmitgliedes zu gedenken und von dem in Frankreich gefallenen Assistenten nicht zu reden.

Selbstverwaltung heißt unter anderem auch „selbst" verwalten, und wenn die Verwaltung in den Geschäftsberichten nach Schema F arbeiten soll, dann schaffe man lieber gleich die Organe der einzelnen Kassen ab und gründe Zentralstellen, in denen dann nur Musterjahresberichte, Musterstatistiken usw. in Unmengen fabriziert werden können.

Geschäftsführer Fr. Bruns in Montabaur.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Erstmalige Aufstellung einer versicherungstechnischen Bilanz durch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Nach einer Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. August 1917 (RGBl. S. 722) hat der Bundesrat auf Grund des § 3 des Ermächtigungsgesetzes bestimmt, daß die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die erstmalige versicherungstechnische Bilanz für den Schluß desjenigen Kalenderjahres aufzustellen hat, das als viertes dem Jahre folgt, in welchem der gegenwärtige Krieg beendet ist.

Nach § 173 des AngestVersGes. sollte nämlich die erste versicherungstechnische Bilanz für den 31. Dezember 1919 aufgestellt werden. Dazu sind unter Zugrundelegung der Erfahrungen der Reichsversicherungsanstalt die wahrscheinlichen Werte der zukünftigen Leistungen und der zu ihrer Deckung zur Verfügung stehenden Mittel (Vermögen und künftige Beitragseinnahmen) darzustellen.

Die große Veränderungen, die der gegenwärtige Krieg in der Zusammensetzung des Versichertenbestandes bei der Reichsversicherungsanstalt mit sich gebracht hat, insbesondere die starke Vermehrung der Angestellten weiblichen Geschlechts, sowie Übertritt vieler früher selbständig gewesener Personen in ein versicherungspflichtiges Angestelltenverhältnis, erfordern eine neue Feststellung der Zahl der bei der Reichsversicherungsanstalt Versicherten, ihrer Verteilung nach Geschlecht und Alter, sowie ihrer Gehalts- und Familienverhältnisse. Die statistische Neuaufnahme wird jedoch erst erfolgen können, wenn wieder geordnete ständige Beschäftigungsverhältnisse eingetreten sind. Es wird dies erst nach einer Reihe von Jahren nach dem Friedensschluß der Fall sein. Da außerdem die Verarbeitung der Statistik selbst nicht unerhebliche Zeit erfordert, ist als Termin für die Aufstellung der Bilanz der Schluß des vierten nach dem Friedensschluß folgenden Jahres festgesetzt worden.

Die Entwicklung der Angestelltenversicherung.

Über vier Geschäftsjahre der am 1. Januar 1913 ins Leben getretenen Angestelltenversicherung liegen nunmehr die Berichte der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte vor. Sie zeigen, welche Bedeutung dieser Zweig der sozialen Versicherung im wirtschaftlichen Leben bereits erlangt hat. Nach dem eben erschienenen umfangreichen Bericht auf das Jahr 1916 waren am Schlusse dieses Jahres von 352 748 Arbeitgebern 1 976 583 Angestellte versichert. Dazu kommen noch zahlreiche Versicherte bei Ersatzkassen, deren Zahl auf 38 angewachsen ist, eine große Zahl von der eigenen Beitragsleistung Entbundene, weil sie bei einer Lebensversicherung

Digitized by Google

versichert sind usw. Welche wachsende Anerkennung die Angestelltenversicherung im Publikum findet, ergibt sich daraus, daß die Anträge auf Abkürzung der Wartezeit durch Nachzahlung der Beiträge (§ 395 AngestVersGes.) sehr zahlreich sind. Im Jahre 1916 wurden 910 dahingehende Anträge gestellt. Allerdings wurde sie nur in 549 Fällen durchgeführt. Die hierbei eingezahlten Prämienreserven beliefen sich auf 509 455 ℳ, so daß auf den einzelnen Versicherten eine Einzahlung von 928 ℳ entfällt. Befreiungen nach den §§ 9 bis 14 des Gesetzes sind im Berichtsjahr 12 869 anhängig geworden. Davon entfallen allein 2630 auf Angestellte von Gemeinden. Daneben kommen in Betracht Kriegsbeschädigte, die sich wieder einer bürgerlichen Beschäftigung zugewandt haben, Witwen von Kriegsteilnehmern, die einer Erwerbstätigkeit nachzugehen gezwungen sind usw. Man hält die Befreiung von Kriegsbeschädigten auf Grund ihrer Militärrente für deren Dauer für zulässig, da der Bezug der Rente insoweit tatsächlich gesichert ist. Befreiungen auf Grund des § 397 des Gesetzes (Überschreitung des 55. Lebensjahres, wenn die Abkürzung der Wartezeit nicht gestattet wird) wurden 313 beantragt. Im Jahre 1916 kamen 210 063 Versicherte neu in Zugang. Darunter befanden sich 120 000 weibliche. Arbeitgeber, also neue Betriebe, kamen 24 000 erstmalig zur Anmeldung. Bei den neu hinzugekommenen männlichen Versicherten ist bemerkenswert, daß sie sich meist in den höheren Altersstufen befanden. Bei den erstmalig angemeldeten männlichen Versicherten betrug das Durchschnittsgehalt 1550 ℳ, während es im Durchschnitt aller schon vorhandenen männlichen Versicherten 2748 ℳ betrug. Die neu hinzugekommenen weiblichen Versicherten hatten ein Durchschnittsgehalt von 829 ℳ, die schon vorhandenen von 1389 ℳ.

Welche Arbeitslast die Reichsversicherungsanstalt zu bewältigen hat, ergibt sich daraus, daß im Jahre 1916 im ganzen 694 295 Veränderungsanzeigen und Übersichten eingingen. Ein Stellenwechsel von Versicherten wurde in 340 814 Fällen gemeldet. Beiträge wurden von 1 918 588 Arbeitgebern 113 Mill. Mark gezahlt. Im Jahre 1914 waren es 132 Mill. Mark. Von der Einnahme im Jahre 1916 entfallen allein 20 Mill. Mark auf Berlin. In dem einen Jahr flossen der Reichspost an Gebühren für die Beitragszahlungen im Postscheckwege 114 097 ℳ zu. Rückzahlungen von Beiträgen gemäß § 4 der Bundesratsverordnung vom 26. August 1915 für Kriegsteilnehmer, denen nachträglich die Dienstzeit als Beitragszeit angerechnet wird, wurden 1916 für 8789 Versicherte mit 772 191 ℳ vorgenommen. Die Nachfrage nach Beitragsmarken ist erheblich zurückgegangen. Das Beitreibungs- und Strafverfahren muß fortgesetzt eine erhebliche Ausdehnung erfahren. Im Jahre 1916 wurden 11 142 derartige Sachen anhängig. Die Zahl der Zwangsvollstreckungen stieg auf 1766. In den Kreisen der Versicherten herrscht noch große Unklarheit hinsichtlich der Bestimmungen über Verjährung, Aufrechterhaltung und Erlöschen der Anwartschaft und freiwillige Weiterversicherung. Nach Möglichkeit wurde Versicherten, deren Anwartschaft gefährdet war, eine rechtzeitige Erinnerung übersandt. Der Absicht, allen Versicherten, deren Anwartschaft zu erlöschen droht, eine rechtzeitige Erinnerung zukommen zu lassen, konnte wegen der entgegenstehenden großen Schwierigkeiten nicht durchgeführt werden. Bei den Versicherten mit mehreren Arbeitgebern, insbesondere Lehrern, Musikern, Schauspielern usw., findet die Angestelltenversicherung nur geringes Verständnis.

Die Leistungen der Versicherung jetzt in der Übergangszeit sind noch recht beschränkte. Für Ruhegelder für männliche Versicherte und für Hinterbliebenenrenten beträgt z. B. nach § 48 des Gesetzes die Wartezeit 120 Beitragsmonate. Trotzdem werden jetzt schon solche Entschädigungen gewährt, und zwar dann, wenn durch Nachzahlung von Beiträgen die Wartezeit abgekürzt wurde (siehe oben). So wurden im Jahre 1916 bereits in 9 Fällen Ruhegelder gewährt. Die höchste Rente betrug monatlich 75,40 ℳ, die niedrigste 2 ℳ. Leibrenten nach § 63 des Gesetzes wurden im Berichtsjahr in 237 Fällen bewilligt. Ihr Durchschnittsbetrag berechnet sich auf jährlich 6,84 ℳ. Diese Renten kommen nur für weibliche Versicherte in Frage, die aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, die Versicherung aber nicht freiwillig fortsetzen. Einen großen Umfang haben dagegen die Beitragsrückzahlungen an Witwen und Kindern verstorbener Versicherter auf Grund des § 398 des Gesetzes angenommen. Im Jahre 1916 wurden auf 6094 dahingehender Anträge insgesamt 1 085 307 ℳ zurückgezahlt. Die grundsätzliche Entscheidung des Schiedsgerichts vom 1. Mai 1916, daß der Erstattungsanspruch aus § 398 von der Aufrechterhaltung der Anwartschaft abhängig ist, hat durch die nunmehr erforderliche Nachprüfung der Anwartschaft und Feststellung etwaiger Ersatztatsachen eine erhebliche Mehrarbeit verursacht.

Die gegenwärtig ausgedehntesten Leistungen sind die Heilverfahren. Die Zahl der Anträge auf solche stieg von 15 079 im Jahre 1915 auf 24 184 im Jahre 1916. Von den 16 804 im Jahre 1916 bewilligten Heilverfahren betrafen Zahnheilverfahren 2303, ständige Heilverfahren (Unterbringung in Heilanstalten) 14 339, Gewährung anderer Heilmittel 162. Bei 2391 Anträgen auf Heilverfahren wurde eine vorherige Beobachtung des Versicherten angeordnet. Bei 27 Kriegsbeschädigten wurden auch die Kosten einer Berufsumlernung übernommen. Besondere Aufmerksamkeit wurde der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gewidmet. Im ganzen erforderten die Heilbehandlungen im Jahre 1916 die Summe von rund 7½ Mill. Mark.

Die Reichsversicherungsanstalt führte eine große Zahl statistischer Arbeiten durch. So wurde festgestellt, daß der durchschnittliche Monatsbeitrag eines Versicherten von 9,53 ℳ im Juni 1914 auf 8,85 ℳ im September 1915 zurückgegangen ist. Dieser Rückgang ist nur auf den zahlreichen Eintritt geringer bezahlter weiblicher Versicherte zurückzuführen. Im September 1915 gehörte die verhältnismäßig größte Zahl der Versicherten, nämlich 18,4 Proz., der Gehaltsklasse D mit dem Jahresverdienst von 1151 bis 1500 ℳ an. Es folgte die Gehaltsklasse C mit dem Jahresarbeitsverdienst von 851 bis 1150 ℳ, der 17,9 Proz. sämtlicher Versicherter angehörte. Den Gehaltsklassen G, H und J, also denjenigen mit einem Jahresarbeitsverdienst von 2501 ℳ und mehr, gehörten nur 15,9 Proz. aller Versicherten an.

Die Spruchbehörden waren schon stark in Anspruch genommen. Welche Arbeitslast z. B. der Rentenausschuß zu erledigen hat, ergibt sich daraus, daß er 152 Bureau- und Kanzleibeamte beschäftigt. Der Ausschuß hatte im Berichtsjahr 118 864 schriftliche Eingänge und 130 644 Ausgänge zu verzeichnen. Streitsachen wurden im Berichtsjahr 7814 anhängig. Festsetzungen von Leistungen waren 10 709 vorzunehmen, worunter sich 9436 Beitragserstattungen befanden. Das Schiedsgericht hatte 1415 Sachen zu erledigen, darunter 956 Streitig-

Digitized by Google

keiten über Versicherungspflicht und 318 Erstattungsansprüche aus § 398. Das Schiedsgericht hielt 24 Sitzungen ab. Das Oberschiedsgericht hatte 2358 Eingänge zu verzeichnen. Streitsachen hatte es 436 zu erledigen. Davon wurden 186 ins Jahr 1917 übernommen. Die Kosten des Oberschiedsgerichts betrugen 27 455 ℳ.

Die Gewinn- und Verlustrechnung schließt mit 508 Mill. Mark. Unter den Einnahmen befinden sich 874 Mill. Mark Überträge aus dem Vorjahr. Neben der schon oben angegebenen Beitragseinnahme sind rund 21 Mill. Mark Zinsen aufgeführt. Die Ausgaben bestehen in der Hauptsache in Überträgen auf das folgende Jahr (Rücklagen) in Höhe von 491 Mill. Mark. Diese Mittel sind angelegt zu 294 Mill. Mark in Wertpapieren, 129 Mill. Mark Darlehen an Gemeinden und Gemeindeverbänden, 73 Mill. Mark Hypotheken, 11½ Mill. Mark Guthaben bei Versicherungsunternehmungen usw. Die Verwaltungsunkosten betrugen rund 5½ Mill. Mark. Die Kursverluste sind mit 542 190 ℳ angegeben.

Der Bericht zeigt, welche verwickelte Sache die Angestelltenversicherung heute schon ist, insbesondere welche ungeheure Arbeitslast die zentrale Verwaltungsstelle, die Reichsversicherungsanstalt, zu erledigen hat. Beschäftigte diese doch im Berichtsjahr außer den höheren Beamten 2500 Bureau- und Kanzleibeamte. Auf die Dauer wird ohne eine Vereinfachung nicht auszukommen sein.

Vereinbarung zwischen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und den Krankenkassenverbänden über Heilverfahren.

Indem wir auf unsere Mitteilung im Heft 20 S. 473 verweisen, teilen wir nachstehend die zwischen der Reichsversicherungsanstalt und den großen Kassenverbänden in einer Sitzung vom 27. Juli 1917 getroffenen Vereinbarung mit. Das Abkommen, das am 1. Oktober in Kraft tritt, lautet:

1. Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt fordert vor der Bewilligung eines Heilverfahrens von allen Antragstellern, die einer Krankenkasse angehören, den Nachweis, daß sie ihren Krankenkassen von der Einreichung des Antrages Kenntnis gegeben haben. In den die Bewilligung des Heilverfahrens aussprechenden Bescheiden werden die Antragsteller darauf hingewiesen, daß sie verpflichtet sind, die Krankenkasse von der Gewährung des Heilverfahrens unter Vorlegung des Bewilligungsbescheides in Kenntnis zu setzen.

2. Anträge auf Beschaffung von Zahnersatz werden von den Krankenkassen entgegengenommen und bearbeitet. Die Krankenkassen stellen die Zugehörigkeit der Antragsteller zu dem Versichertenkreis der Reichsversicherungsanstalt in Zweifelsfällen durch unmittelbare Anfrage bei der Reichsversicherungsanstalt fest und veranlassen die Fertigstellung der Arbeiten, deren ordnungsmäßige Ausführung sie prüfen.

Nach Abschluß der Arbeiten reichen die Krankenkassen eine Gesamtrechnung unter Mitteilung der auf die einzelnen Versicherungsträger entfallenden Anteile ein. Hierbei ist zur Feststellung des Versicherungskontos Name, Vorname, Geburtstag und Geburtsort des Versicherten, sowie Name und Sitz des Betriebes des Arbeitgebers mitzuteilen.

Der Berechnung sind im allgemeinen die durch die Beschaffung eines einfachen und notwendigen Zahnersatzes entstehenden Kosten zugrunde zu legen. In besonders gearteten Fällen, in denen die Verwendung eines teureren Materials ärztlich für erforderlich bezeichnet wird, können Ausnahmen gemacht werden.

Der Zuschuß der Reichsversicherungsanstalt beträgt bei einer Beteiligung von 3 Versicherungsträgern ¼, bei einer solchen von 2 Versicherungsträgern ½ der Gesamtkosten. In Fällen besonderer Bedürftigkeit gewährt die Reichsversicherungsanstalt auf Antrag der Krankenkassen einen Zuschuß bis zur Hälfte der Kosten, sofern die Zahlung der übrigen Kosten von der Krankenkasse oder von anderer Seite erfolgt. Die Prüfung des Vorliegens dieser Voraussetzungen liegt den Krankenkassen ob.

Wenn Versicherte unter Umgehung der einschlägigen Bestimmungen und besonderen Einrichtungen der Krankenkassen den Zahnarzt als Privatperson in Anspruch nehmen, besteht keine Verpflichtung der Krankenkassen zur Zuschußgewährung.

Für etwaige Auslagen durch Reisen zum Zahnarzt, für Versäumnis oder Gebühren für die ärztlichen Voranschläge wird eine Entschädigung nicht gewährt.

Die Zahlung der Zuschüsse seitens der Reichsversicherungsanstalt an die einzelnen Krankenkassen erfolgt in vierteljährlichen Zeitabschnitten.

3. Erkrankt ein von der Reichsversicherungsanstalt in Heilfürsorge genommener Versicherter während des Heilverfahrens an einer mit dem Gegenstand des Heilverfahrens bildenden Grundleiden nicht in Zusammenhang stehenden akuten Erkrankung, und wird hierdurch seine Überführung in eine Krankenanstalt erforderlich, so übernimmt die Reichsversicherungsanstalt die gesamten durch die Behandlung der Zwischenkrankheit entstehenden Kosten. Die zuständige Krankenkasse beteiligt sich, nachdem ihr der Sachverhalt umgehend durch das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt mitgeteilt worden ist, an diesen Kosten durch Zahlung eines Zuschusses, der seiner Höhe nach den Sätzen entspricht, welche die Krankenkasse hätte aufwenden müssen, wenn die Behandlung auf ihre Veranlassung in einer der mit ihr im Vertragsverhältnis stehenden Krankenanstalten durchgeführt worden wäre. Voraussetzung für die Beteiligung ist, daß die Ansprüche des Versicherten an die Krankenkasse noch nicht abgelaufen sind.

Sofern die Krankenkasse aus Unkenntnis der Sachlage für die ganze oder einen Teil der Zeit des Aufenthalts des Versicherten in der Krankenanstalt diesem bereits Krankengeld gezahlt hat, ist sie für diese Zeit zur Beteiligung nur nach Maßgabe des § 182 RVO. verpflichtet.

Erhaltung der besonderen Organisation der Angestelltenversicherung?

Die „Tägliche Rundschau" v. 7. August bringt über diese Frage folgende Bemerkungen:

„Gegen ein Gesetz, das im Reichstage einstimmige Annahme gefunden hat (was man nicht leicht von einem zweiten sagen kann), und gegen eine Versicherung, die in zehnjähriger Vorarbeit und durch fünfjähriges Bestehen sich eingelebt hat, wird gegenwärtig Sturm gelaufen in einer Reihe von Aufsätzen verschiedener Fachblätter und neuerdings auch durch eine Schrift *), die ohne Nennung des Verfassers die Öffentlichkeit dafür gewinnen will, die besondere Angestelltenversicherung abzuschaffen und ihre Aufgaben der Reichsinvalidenversicherung zu übertragen. Es wird der Anschein erweckt, als könnten dadurch Er-

*) Vgl. die Besprechung in ArbVers. 1917 Heft 17 S. 407.

Digitized by Google

sparnisse erzielt werden, und es wird die „Bevorzugung" der Angestellten gegenüber den Arbeitern bemängelt und ihre Sonderstellung als eine Gefährdung des sozialen Friedens hingestellt. Die Siebenerkommission des Hauptausschusses für die staatliche Pensionsversicherung der Privatangestellten hat kürzlich in einer Sitzung in Eisenach (unter Teilnahme eines Vertreters des Deutschen Technikerverbandes) einstimmig beschlossen, diesen Bestrebungen mit allen Kräften entgegenzutreten. Die Angestellten sind nicht Willens, sich ihre Versicherung verkümmern zu lassen, und den immer wiederkehrenden Vorwurf einer Bevorzugung weisen sie damit zurück, daß sie ja gerade deswegen auf die Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln verzichtet haben, um bessere Bedingungen, insbesondere für ihre Hinterbliebenen, zu erreichen. Die Angestelltenversicherung ist im Jahre 1911 nach den Wünschen von reichlich elf Zwölfteln der organisierten Angestelltenschaft so gestaltet worden, wie sie jetzt ist; wie man nun dem sozialen Frieden damit dienen will, daß man gegen eine solche einheitliche Auffassung den Kampf eröffnet, ist völlig unbegreiflich." —

Der Verfasser dieser Zuschrift hat sich die Arbeit leicht gemacht, indem er die Sache so darstellt, als werde nur so zum Spaß gegen eine bewährte Einrichtung „Sturm gelaufen", und indem er die gewichtigen gesetzestechnischen, wirtschafts- und sozialpolitischen Gründe für eine Zusammenlegung der Angestelltenmit der Invalidenversicherung kaum angedeutet. Zu vgl. ArbVers. 1916 S. 522, 641, 1917 S. 115, 407. Selbstverständlich lassen sich diesen Gründen manche Gegengründe entgegenstellen. Für eine gerechte Abwägung tritt in der „Sozialen Praxis" (Nr. 46) Else Lüders ein. Sie schließt mit der Ausführung, daß vor einer festen Stellungnahme zunächst zwei Fragen zu klären und ganz genau rechnerisch zu belegen wären:

1. Sind wirklich durch die Vereinheitlichung unter Schaffung besonderer Abteilungen bei den Landesversicherungsanstalten so erhebliche Ersparnisse zu erzielen, daß sie die gewaltige und schwierige Umwälzung des jetzigen Verwaltungsapparates lohnen?

2. Können wirklich den Angestellten die bisher erworbenen Rechte voll erhalten bleiben, und werden ihnen in Zukunft die jetzigen Rechte des Gesetzes nicht geschmälert werden?

Vor allen Dingen aber dürfe auf diesem Gebiete keine so durchgreifende Änderung vorgenommen werden, ohne den Versicherten selbst als den am meisten Betroffenen eine ausschlaggebende Stimme dabei einzuräumen. Der Verwaltungsrat der Reichsversicherungsanstalt, in dem neben dem beamteten Vorsitzenden Arbeitgeber und Arbeitnehmer in gleicher Zahl vertreten sind, habe sich in seiner Sitzung vom 8. Mai d. Js. für Beibehaltung der Sonderversicherung ausgesprochen. Der Beschluß sei gegen die Stimme eines Angestelltenvertreters gefaßt worden, dessen Antrag, daß das Direktorium der AV. in eine Nachprüfung darüber eintrete, ob durch die Zusammenlegung der Angestellten- und Invalidenversicherung unter voller Wahrung der Interessen der Versicherten eine Verbilligung der Sozialversicherung herbeigeführt werden kann, bedauerlicherweise abgelehnt wurde; einer „Nachprüfung" wäre die Frage, nachdem sie nun einmal wieder ins Rollen gekommen ist, doch wohl wert gewesen.

Aus dem persönlichen Verkehr und aus der Arbeit in den Ortsausschüssen der Vertrauensmänner gewinne man allerdings den Eindruck, daß die Stimmung für Beibehaltung der Sonderversicherung unter den Angestellten im Wachsen sei. Als das Gesetz noch im Stadium der Vorbereitung war, stellten sich manche Verbände, trotzdem sie ursprünglich für die Verschmelzung gewesen waren, schließlich doch auf den Boden der Regierungsvorlage, weil sie das Eintreten für die Angliederung an die Arbeiterversicherung als aussichtslos aufgaben. So wäre es sehr wohl denkbar, daß sich auch manche von den Vereinen, die sich damals der Freien Vereinigung angeschlossen hatten, inzwischen mit der Tatsache der Sonderversicherung abgefunden haben und diese Form beizubehalten wünschen, namentlich dann, wenn die oben angeführten zwei Unterfragen nicht voll befriedigend beantwortet werden können. Die Antwort auf diese Fragen könne allerdings nur durch gründliche „Nachprüfung" gefunden werden.

Darauf will ersichtlich auch Gertrud Israel in der „Hilfe" (Nr. 32 und 33) hinaus, wenn sie am Schlusse ihrer Ausführungen, die mancherlei für und wider enthalten, die Zeit des Weltkrieges als ungeeignet für eine so einschneidende Reform bezeichnet und hinzufügt: Ebenso bedenklich scheine es, die oft und nachdrücklich gerügte Hast der Fertigstellung des Gesetzes nun zu seiner Beseitigung anzuwenden.

Neuerdings wägt auch Kaskel in der „Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft" Bd. 17 S. 538 ff. „Gründe und Gegengründe einer Sonderversicherung" gegeneinander ab, indem er auf die Schriften zweier Gegner der Vereinheitlichung eingeht: Berwald, Der Begriff der Berufsunfähigkeit eine soziale Notwendigkeit, (ZtrBl. der Reichsversicherung 1917 Sp. 493 ff.) und Blankenstein, Beseitigung der Angestelltenversicherung? (Berlin 1917). Kaskel tritt den Ausführungen dieser beiden Verfasser entgegen und fordert ein einheitliches, des deutschen Volkes würdiges Sozialrecht. — Wir müssen uns hier mit diesen Literaturnachweisen begnügen.

Kriegswohlfahrtspflege der Landesversicherungsanstalten.

In wie bedeutendem Umfange die Landesversicherungsanstalten auf Grund des § 1274 RVO. sich wetteifernd in der praktischen Kriegswohlfahrtspflege oder deren Unterstützung beteiligt haben, davon gibt ein Beitrag des Reichsversicherungsamts im „Reichsarbeitsblatt" (Jahrgang 1915 Heft 4, 1916 Heft 5 und 1917 Heft 6) ein anschauliches Bild. Hiernach sind 1915 nach endgültiger Feststellung 20 221 304 ℳ und 1916 schätzungsweise 18 120 357 ℳ für direkte Kriegswohlfahrtszwecke aufgewendet worden. Unter Hinzurechnung der Ausgaben für das Jahr 1914 ergibt sich ein Gesamtaufwand von rund 46 Millionen Mark in den drei ersten Kriegsjahren.

In mittelbarer Weise konnte dem gedachten Zwecke durch Darlehen der Landesversicherungsanstalten an Gemeinden, Kreise usw. zur Linderung der Kriegsnot gedient werden. Solche Darlehen belaufen sich zusammen auf über 78 Millionen Mark. Hierbei sei bemerkt, daß die Beteiligung der Versicherungsträger an den fünf Kriegsanleihen eine Höhe von 1 031 000 000 ℳ erreichte.

Die Aufwendungen für unmittelbare Kriegswohlfahrtspflege sind im Kriegsjahre 1916 um rund 2 Millionen Mark geringer als im Jahre 1915. Diese Abnahme wird auf Zufallsgründen beruhen; denn die Aufwendungen für die einzelnen Zweige der Kriegswohlfahrtspflege sind in den beiden Jahren ganz verschieden gewesen, so daß sich natürlich auch abweichende Endsummen ergeben müssen. Man muß auch im Auge

Digitized by Google

behalten, daß den einzelnen Versicherungsanstalten in der Art der Ausübung ihrer Kriegswohlfahrtspflege völlig freie Hand gelassen ist. Es dürften also für die Höhe und Art der Aufwendungen nicht nur die Vermögensverhältnisse der einzelnen Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten an sich, sondern auch die besonderen Verhältnisse der ihr zugehörigen Versicherungspflichtigen und ihrer Angehörigen, die durch die Kriegsdauer entstandenen Verschiebungen der Bedürfnisse, das Vorhandensein von Anstalten für Verwundeten-, Kriegsbeschädigten- und Genesendenpflege innerhalb ihres Bereiches, die Beziehungen zu bestehenden Hilfsorganisationen und andere Gründe auf die Entschließungen in der Kriegshilfe mitein-wirkend sein.

Wenn man die Wirkungsbezirke der 41 Versicherungsanstalten als ein Ganzes betrachtet, so entfallen von den Gesamtbeträgen der Aufwendungen für Kriegswohlfahrtspflege in den beiden Kriegsjahren 1915 und 1916 auf Zuschüsse für das Rote Kreuz 1915: 1 125 284, 1916: 689 341 ℳ, auf Beschaffung von Wollsachen für das Feldherr und sonstige Liebesgaben 1915: 1 934 351, 1916: 339 871 M, auf unmittelbare Unterstützungen an Versicherte 1915: 591 284, 1916: 441 628 ℳ, auf Unterstützungen an Gemeinden und Kreise 1915: 2 931 123, 1916: 4 162 968 ℳ, auf Unterstützungen an Vereine und Ausgaben für Einrichtungen der Kriegswohlfahrtspflege 1915: 1 886 569, 1916: 1 396 304 ℳ, auf Förderung der Kriegsversicherung 1915: 873 578, 1916: 509 226 ℳ, auf Ausgaben für Ausrüstung von Lazarettzügen 1915: 124 973, 1916: 4953 ℳ, auf Ehrengaben an Hinterbliebene von Kriegsteilnehmern 1915: 4 124 722, 1916: 4 770 659 ℳ, auf Mehrausgaben an Zinsen bei Lombardierung von Wertpapieren 1915: 462 297, 1916: 676 074 ℳ, auf Kosten der Bereitstellung von Heilstätten für verwundete und kranke Krieger, Aufwendungen für Desinfektion, Erfrischungen usw. 1915: 4 989 251, 1916: 4 337 928 ℳ, auf Ausgaben für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1915: 128 224, 1916: 28 464 ℳ, auf Kriegsbeschädigtenfürsorge 1915: 953 945, 1916: 268 652 ℳ und endlich auf Aufwendungen für sonstige Kriegswohlfahrtszwecke 1915: 195 703, 1916: 494 289 ℳ. Bei Beurteilung der Abweichungen der beiden Jahre 1915 und 1916 in den einzelnen Fürsorgezweigen darf man nicht vergessen, daß die Zahlen für 1916 nur vorläufige sind. Jedenfalls tragen die für Kriegswohlfahrt aufgewendeten Mittel der Reichs-Arbeiterversicherung dazu bei, die Beurteilung der Bedeutung der deutschen Sozialversicherung und ihrer Grundlagen um einen neuen Stützpunkt zu bereichern.

Reichsverband des deutschen Tiefbaugewerbes.

Der Verband der deutschen Tiefbauunternehmer und der Tiefbauarbeitgeberbund für Deutschland haben sich zum „Reichsverband des Deutschen Tiefbaugewerbes, e. V." vereinigt. Der Reichsverband vertritt die Interessen des deutschen Tiefbaugewerbes in technischer, wirtschaftlicher und sozialer Beziehung. Er ist in Bezirks- und Ortsgruppen gegliedert. Im Reichsverband sollen sich insbesondere alle physischen und juristischen Personen zusammenschließen, die das Tiefbaugewerbe im Haupt- oder Nebenberufe betreiben und die zur Förderung der Zwecke und Ziele des Reichsverbandes geeignet erscheinen. Auch Vereinigungen von Firmen verwandter Gewerbe können die Mitgliedschaft erwerben. Dem Reichsverband gehören bereits die namhaftesten Firmen des deutschen Tiefbaugewerbes als Mitglieder an. Der Reichsverband wird von einem korporativen Vorstand geleitet, dem ein Verwaltungsrat zur Seite steht. Die Geschäftsstelle des Verbandes befindet sich in Berlin-Wilmersdorf, Berliner Str. 6/7.

Literarisches.

Jahrbuch der Krankenversicherung 1916. Verlagsgesellschaft Ortskrankenkasse m. b. H., Dresden 1917.

Das neue, 208 Seiten starke Heft ist wieder in entsprechender Weise angelegt wie das vorjährige (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 646) und bietet, über den üblichen, im wesentlichen berichtenden Inhalt hinaus, in dem Abschnitt über „Volksgesundheit" eine Reihe sehr beachtenswerter Abhandlungen aus der Feder namhafter Gelehrter und bewährter Praktiker. Es haben behandelt: Dr. W. Fischer, Berlin „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten"; Dr. W. Holdheim, Berlin „Bekämpfung der Tuberkulose"; Hildegard Mittelbach, Gießen „Bekämpfung des Lupus"; Dr. Braun, Berlin „Fürsorge für chronische Beinleidende"; Prof. Dr. Th. Sommerfeld, Berlin „Gewerbehygiene"; Prof. J. Gonser, Berlin „Trinkerfürsorge"; Dr. Hans Kampfmeyer, Karlsruhe „Wohnungsfürsorge"; Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe „Bevölkerungspolitik, Mutterschutz und Säuglingspflege"; Dr. K. Jaffé, Hamburg „Öffentliche Gesundheitspflege". Auch diese Beiträge sind wesentlich berichtenden Inhalts, aber aus der Darstellung des Standes der Fürsorgetätigkeit auf den verschiedenen Gebieten springt für die Kassen wichtige Belehrung darüber heraus, was geschehen kann und welcher Erfolg sich von diesen oder jenen Maßnahmen erwarten läßt.

Die Übergangsfürsorge vom Krieg zum Frieden. Von Direktor Dr Blaum, Straßburg i. E. Verlag von Duncker & Humblot, München und Leipzig 1917. 52 S. Preis 1,60 ℳ.

Die Arbeit ist als 106. Heft der Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit erschienen und soll als Grundlage für die Verhandlungen des Deutschen Armenpflegekongresses dienen. Der Verfasser entwickelt „Vorschläge" zur praktischen Lösung der Übergangsfürsorge auf Grund seiner Erfahrung als Leiter des Armenwesens und anderer sozialer Einrichtungen der Stadt Straßburg i. E., auf Grund der in anderthalbjährigem Waffendienst an verschiedenen deutschen Fronten gewonnenen Eindrücke und auf Grund seiner Kenntnis und amtlichen Betätigung im Gebiete der Kriegsfürsorge. Wenn

Digitized by Google

er von seinen Vorschlägen sagen darf, daß sie sich im allgemeinen auf praktisch Erprobtes und Bewährtes stützen, so wird das nicht ausschließen, daß man in diesem oder jenem Punkte anderer Meinung ist, Gegenvorschläge macht oder auch hier und da ein Bedürfnis fürsorglichen Eingreifens überhaupt in Zweifel zieht. Das Verdienst der sehr lesenswerten Schrift ist vor allem, daß der Verfasser mit klarem Blick und gesundem praktischen Urteile die ganze, schier bedrückende Fülle sozialer, von wirtschaftlichen Problemen abhängiger Aufgaben, die mit dem Friedensschluß keineswegs sich erledigen, sondern vielfach sogar in verstärktem Maße sich aufdrängen und Lösung fordern werden, vor uns entfaltet, ihre Bedeutung aufzeigt und auf mögliche Mittel der Abhilfe hinweist, deren Gesamtheit er als „Übergangsfürsorge" darstellt. So behandelt er in vier Abschnitten: die Leitung der Fürsorge, die Demobilmachung und die Fürsorge für die entlassenen Kriegsteilnehmer und ihre Familien, die Fürsorge für die mittelbar durch den Krieg Geschädigten, endlich Einzelgebiete der Übergangsfürsorge (Arbeitslosenfürsorge, Mieteinigungswesen, Krankenpflege, Wochenhilfe usw., Armenpflege und Kriegsfürsorge, Kinder- und Jugendfürsorge, Kriegshinterbliebenen- und -Invalidenfürsorge). Die Schrift verdient die Beachtung aller sozial Interessierten.

Die Ausgestaltung der Krankenversicherung — in Österreich —. Von Dr. Leo Verkauf. Wien 1917. Verlag des „Arbeiterschutz".

Die Bedeutung der Kaiserl. Verordnung vom 4. Januar 1917, durch die das österreichische Gesetz vom 30. März 1888 über die Krankenversicherung der Arbeiter abgeändert ist, ist hier im Heft 6 S. 121 ff. in den Grundzügen gekennzeichnet und es ist dabei bemerkt worden, daß dadurch nur gewisse besonders dringliche Forderungen erfüllt, manche andere, vielleicht erwartete und erwünschte Reformen aber bis zu einer umfassenden Regelung der Sozialversicherung zurückgestellt sind. In der vorliegenden Schrift prüft und erörtert ein bewährter Sozialpolitiker und Kenner des Arbeiterversicherungsrechts den Wert der Kaiserlichen Verordnung in musterhaft sachlicher Art: anerkennend, aber auch auf Bedürfnisse und Möglichkeiten weiteren Ausbaus hinweisend, nicht nur das Gesetz, sondern auch die Kritik kritisierend und dabei gelegentlich auch die eigene frühere Auffassung überprüfend und berichtigend. Da vielfach die Verhältnisse bei uns ähnlich liegen wie drüben in Österreich, darf die Schrift auch auf das Interesse deutscher Sozialpolitiker und besonders der Krankenkassen rechnen. Im Anhang ist das Krankenversicherungsgesetz mit den auf der Verordnung beruhenden Änderungen vollständig mitgeteilt.

Bundesratsverordnung über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes. Von Rechnungsrat Harth und Geschäftsführer Ostermayer. Im Selbstverlage von G. Ostermayer in Worms. 16 Seiten. Preis 50 ₰.

Ein Abdruck der Verordnung vom 6. Juli 1917 mit einleitenden Bemerkungen und Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Ausgleichsanspruch einer Krankenkasse gegen eine andere wegen des Wochengeldes (§ 197 RVO.).

1. A—Z. Antwort: Die Meinung, daß die Krankenkasse, bei der die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate versichert war (§ 195 RVO.), keinen Anspruch auf Ausgleichung nach § 197 gegen andere Kassen habe, denen die Wöchnerin in demselben Jahre angehört hatte, ist nach der Fassung und dem Zwecke der in Betracht kommenden Vorschriften unbegründet. Sechs Monate im Laufe des letzten Jahres muß die Wöchnerin, gleichviel ob bei einer und derselben Kasse oder bei mehreren, versichert gewesen sein, um nach § 195 überhaupt einen Anspruch auf Wochengeld zu haben. Für den Erstattungsanspruch der danach leistungspflichtigen Kasse aber kommt es nach der klaren Fassung des § 197 in keiner Weise darauf an, wie lange die Wöchnerin bei dieser Kasse versichert gewesen ist, sondern nur darauf, daß sie während des letzten Jahres mehreren Kassen angehört hat; nur das Maß des Erstattungsanspruchs wird durch das Verhältnis der Mitgliedszeiten bestimmt. Wäre Ihre Auffassung richtig, so würde der Zweck des § 197, „die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern" (Begr. S. 150), geradezu vereitelt werden. Es liegt aber auch im Wortlaut nicht das geringste vor, was eine solche Auffassung unterstützen könnte.

Kriegswochengeld für zwei Wochen vor der Niederkunft.

2. Nach Geislingen a. St. Antwort: Die am 29. März niedergekommene Kriegerfrau hat, wenn ihr Ehemann am 5. Mai seine Berufsarbeit wieder aufgenommen hat, außer dem gezahlten Wochengelde für die Zeit v. 29. März bis 4. Mai, d. i. für 37 Tage, auch noch das Wochengeld für zwei Wochen vor der Niederkunft zu verlangen, da hiermit die ihr zustehenden 8 Wochen nicht überschritten werden (Krause, Anm. 2 zu § 3 der Bek. v. 3. 12. 14). Unsere Aus-

Digitized by Google

kunft in ArbVers. 1914 S. 846 steht dem keineswegs entgegen. Sie betrifft nur den hier nicht vorliegenden Fall aus § 214 RVO., in welchem ein Anspruch auf Wochengeld überhaupt nicht zur Entstehung kommt, wenn die Niederkunft erst nach Ablauf von drei Wochen seit dem Ausscheiden aus der Kasse erfolgt.

Form der Anstellungsurkunde für Kassenbeamte.

3. Nach Brandenburg a. H. Frage: Wer hat die Anstellungsurkunde für die Kassenbeamten, denen die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten übertragen sind, auszufertigen? das Oberversicherungsamt oder das Versicherungsamt oder der Kassenvorstand, oder genügt die Unterzeichnung des Vorstandes oder müssen sämtliche Vorstandsmitglieder unterzeichnen?

Antwort: Auch die Beamten, denen die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten übertragen sind, werden nach § 359 RVO. vom Vorstande, allerdings mit Genehmigung des Oberversicherungsamts, angestellt. Der Vorstand ist es daher, dem die Ausfertigung der Anstellungsurkunde zusteht und obliegt; sachgemäß wird in ihr die Genehmigung des Oberversicherungsamts zu erwähnen sein. Wer die Urkunde namens des Vorstandes zu unterzeichnen hat, ist eine Frage der inneren Ordnung. Keinesfalls ist die Unterschrift aller Vorstandsmitglieder erforderlich, wenn die Vertretung gemäß § 5 Abs. 3 RVO. durch die Satzung einzelnen Mitgliedern, insbesondere dem Vorsitzenden übertragen ist. Aber auch wo dies nicht geschehen ist, halten wir es für statthaft, daß der Vorstand, sei es durch allgemeine Regelung (Geschäftsordnung) oder durch besonderen Beschluß, den Vorsitzenden mit der Vollziehung solcher Urkunden „namens des Vorstandes" betraut.

Anspruch des Kassenangestellten auf Weiterzahlung des Gehalts bei wiederholter Einziehung zum Kriegsdienst.

4. Nach Br. Antwort: Die Dienstordnung bestimmt: „Den Angestellten wird bei Erkrankungen, beim Eintritt in den Heeresdienst im Mobilmachungsfall . . . für einen vom Beginn der Behinderung an laufenden Zeitraum von 26 Wochen das Gehalt weitergezahlt." Diese Fassung würde an sich die Auslegung nahelegen, daß an einen ununterbrochenen Zeitraum von 26 Wochen gedacht ist, daß also beim erneuten Eintritt der Behinderung die volle Frist von neuem läuft. Das dürfte aber nicht die Absicht der Bestimmung sein, mindestens nicht in dem Falle, wenn die neue Behinderung auf derselben Ursache beruht wie die frühere. Die Bestimmung enthält eine nähere Ausgestaltung der gesetzlichen Vorschrift, daß der Dienstverpflichtete des Anspruchs auf die Vergütung nicht verlustig geht, wenn er ohne Verschulden „für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" an der Dienstleistung verhindert ist (§ 616 BGB.). Wie diese Vorschrift, so will auch die Dienstordnung die Belastung des Arbeitgebers (der Krankenkasse) bei Dienstbehinderungen der Angestellten auf ein bestimmtes billiges Maß zurückführen. Der Grund der Behinderung ist im vorliegenden Falle die Kriegsdienstpflicht des Angestellten. Ist er entlassen und wird er demnächst von neuem eingezogen, so handelt es sich um einen einheitlichen, wenngleich unterbrochenen Behinderungsfall. Die Zeiten der Behinderung müssen daher, wenn nicht der Arbeitgeber unbillig belastet werden soll, zusammengerechnet werden, so daß die Gehaltszahlung endet, wenn die Behinderung zusammen 26 Wochen dauert. Daraus folgt weiter, daß, wenn der Angestellte schon bei der ersten Einziehung sein Gehalt für volle 26 Wochen weitergezahlt erhalten hat, bei der erneuten Einziehung ein Anspruch auf Weiterzahlung nicht mehr besteht.

Anspruch eines Angehörigen der Versicherten auf Sterbegeld und rückständiges Krankengeld.

5. Nach Neustadt O.Schl. Antwort: Der § 1303 RVO. hat keinerlei Bezug auf Leistungen aus der Krankenversicherung. Für den Anspruch auf Sterbegeld gilt § 203 RVO., wonach die dort bezeichneten Angehörigen — ohne Rücksicht darauf, ob sie auch Erben des verstorbenen Versicherten sind — nur dann bezugsberechtigt sind, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Dies trifft hier nicht zu, da der Bruder der Verstorbenen und diese selbst je einen besonderen Haushalt geführt haben. Sein Anspruch auf das Sterbegeld ist daher unbegründet. Dagegen würde dem Bruder der Anspruch auf das Krankengeld zustehen, wenn er tatsächlich Erbe, insbesondere alleiniger Erbe der Verstorbenen wäre; denn dieser bereits in der Person der Versicherten entstandene Anspruch geht nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts auf die Erben über. Insoweit kann auf die zu § 1303 ergangene Entsch. des RVA. in ArbVers. 1914 S. 810 und auf deren Begründung (vgl. S. 814 ff.) verwiesen werden. Der Bruder wird sich also zunächst als Alleinerbe auszuweisen haben. Sein Anspruch würde im Streitfall im Spruchverfahren nach der RVO. geltend zu machen sein (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1916 S. 295).

Ordentlicher Rechtsweg für Ersatzansprüche Dritter an die Krankenkassen.

6. Nach Kottbus Antwort: Keineswegs ist der ordentliche Rechtsweg für alle Fälle ausgeschlossen, in denen die Kasse auf Grund ihrer Verpflichtung zu Kassenleistungen in Anspruch genommen wird. Allerdings ist die Zuständigkeit hier im einzelnen sehr bestritten. Als Regel darf man aber wohl annehmen, daß nur der ordentliche Rechtsweg gangbar ist, wenn ein Dritter, der einem Versicherten die Krankenpflege verschafft hat, dafür Ersatz von der Kasse fordert. Er wird seinen Anspruch auf ungerechtfertigte Bereicherung der Kasse stützen, also darauf, daß die Kasse Aufwendungen auf seine Kosten erspart hat, die sie sonst hätte machen müssen. Er verlangt also nur die Bereicherung, nicht aber die Leistungen schlechtweg, die sonst die Kasse dem Versicherten hätte leisten müssen. Macht er aber Anspruch auf Kassenleistungen selbst geltend, nachdem er ihn sich mit Genehmigung des Versicherungsamtes gemäß § 119 Abs. 2 RVO. hat übertragen lassen, so würde das Reichsversicherungsamt dennoch die ordentlichen Gerichte für zuständig erachten (zu vgl. ArbVers. 1914 S. 37).

Rechtslage, wenn statt Kriegswochengeldes Anstaltspflege gewährt ist.

7. Nach Stettin. Antwort: Mit dem Versicherungsamt und übereinstimmend mit Krause, Anm. 2 zu § 4 der Bek. v. 3. 12. 14 gehen wir davon aus, daß die Kasse nicht befugt ist, an Stelle des Kriegswochengeldes, in entsprechender Anwendung des § 196 RVO., Pflege in einem Wöchnerinnenheim oder einer anderen Anstalt zu gewähren. Für unrichtig halten wir aber die hieraus vom Versicherungsamt gezogene Folgerung, daß, wenn gleichwohl die Kasse

Digitized by Google

die Kosten solcher Anstaltspflege getragen hat, hierdurch der Anspruch der Wöchnerin auf Wochengeld abgegolten sei, also weder von ihr der Kasse noch von der Kasse dem Reich in Rechnung gestellt werden können. Vielmehr liegt die Sache so, daß die Wöchnerin, weil sie die Anstaltspflege auf Kosten der Kasse ohne rechtlichen Grund erhalten hat, insoweit der Kasse dem Reich Kosten in Rechnung gestellt werden können. Vielmehr liegt die Sache so, daß die im Fall einer gesetzmäßigen Anstaltspflege als abgegolten angesehen werden kann, befugt ist. Gegen diese Forderung kann die Kasse die von ihr bezahlten Anstaltskosten aufrechnen. Wird dadurch der volle Betrag des Wochengeldes gedeckt, so gilt dieses als von der Kasse bezahlt. Betragen die Anstaltskosten weniger als das Wochengeld, so hat die Kasse den Rest noch zu zahlen. In jedem dieser beiden Fälle kann mithin die Kasse das volle Wochengeld nach § 5 der Bek. vom Reich erstattet verlangen.

Fachärztliche Behandlung im Rahmen der Familienhilfe.

8. Nach Lübbecke. Antwort: Die Entscheidungen in „Betriebskrankenkasse" 1915 S. 150 und im Zentralblatt der Reichsversicherung 1916 S. 58 betreffen die Frage, ob die Satzung die Krankenpflege für Familienmitglieder (§ 205 RVO.) auf die Gewährung der Behandlung durch den Kassenarzt beschränken kann, so daß ein Anspruch auf die Kosten der Behandlung durch einen anderen Arzt, insbesondere also auf spezialärztliche Behandlung schlechthin ausgeschlossen ist. Diese Frage ist in jenen Entscheidungen bejaht. Das ist aber für Ihren Fall ohne Bedeutung, da Ihre Satzung eine derartige Bestimmung nicht enthält; denn nach Ihrer Angabe sagt die Satzung nur, daß den Ehefrauen und Kindern der Versicherten „Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei)" für höchstens 26 Wochen gewährt wird. Dies aber muß — wenn tatsächlich eine andere, einschränkende Bestimmung in der Satzung nicht enthalten ist — dahin verstanden werden, daß die Kasse die im Einzelfalle notwendige ärztliche Behandlung, unter Umständen also auch fachärztliche, zu gewähren hat.

Aufhebung des Bescheides über die Heilanstaltspflege (§§ 597, 1583 RVO.) durch einen neuen, die Entschädigungspflicht verneinenden Bescheid.

9. Nach Remscheid. Antwort: Die Gewährung der Heilanstaltspflege nach § 597 RVO. durch berufungsfähigen Bescheid nach § 1583 enthält nicht ohne weiteres ein bindendes Anerkenntnis der Entschädigungspflicht. Da über die Heilbehandlung der Regel nach schleunig und ohne erschöpfende, zeitraubende Erhebungen befunden werden muß, so muß die Berufsgenossenschaft befugt sein, den hierüber dem Verletzten in seinem eigensten Interesse alsbald erteilten Bescheid zu widerrufen, wenn die Erhebungen Anlaß geben, die Entschädigungspflicht zu verneinen. Zu vgl. Rek.-Entsch. 482 und 1858, Amtl. Nachr. 1888 S. 177, 1901 S. 397 (Erw. Sen.). In einem solchen Falle kann daher die Berufsgenossenschaft durch einen neuen berufungsfähigen Bescheid, unter Widerruf des früheren, die Entschädigungspflicht insbesondere auch mit der Begründung ablehnen, daß ein Betriebsunfall nicht vorliege, weil der Versicherte den Unfall durch ein Verhalten, welches den ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb aufhebt, selbst verschuldet habe.

Dienstverhältnis vorübergehend beschäftigter Kassenangestellter.

10. Nach Rauen. Frage: Ist es statthaft und den in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen nicht zuwiderlaufend, wenn mit Bureauhilfskräften, die vorübergehend gegen monatliche Kündigung und Gehaltszahlung eingestellt sind, vereinbart wird, daß bei Versäumnis wegen Krankheit usw. das Monatsgehalt entsprechend gekürzt wird? Darf vereinbart werden, daß die Entschädigung nach Arbeitstagen berechnet, monatlich ausgezahlt und nur mit einmonatiger Frist gekündigt werden soll?

Antwort: Es handelt sich um Personen, die nur zu vorübergehender Dienstleistung angenommen sind. Für sie gilt nach § 351 Abs. 2 RVO. die Dienstordnung nur, soweit sie es ausdrücklich vorsieht. Wenn nun, wie wir annehmen, die Dienstordnung hierüber nichts bestimmt, so ist das Rechtsverhältnis dieser Personen lediglich nach den mit ihnen getroffenen Vereinbarungen, unter Berücksichtigung der Vorschriften des BGB. über den Dienstvertrag (§§ 611 ff.), zu beurteilen. Diese Vorschriften aber enthalten nichts, was einer Vereinbarung des in der Frage angegebenen Inhalts entgegenstände. Insbesondere sind die Vorschriften im § 616 BGB. über Gehaltszahlung bei unverschuldeter Dienstbehinderung und in §§ 620 ff. BGB. über Kündigung nicht zwingender Natur; es kann also durch Vereinbarung von ihnen abgewichen werden.

Teuerungszulagen nach dem Regulativ gebühren auch den zum Heeresdienst eingezogenen Kassenbeamten.

11. Nach Potsdam. Antwort: Wenn das Regulativ für die Kassenbeamten die Gewährung von Teuerungszulagen ohne Einschränkung vorsieht, während die Dienstordnung für die anderen Kassenangestellten ausdrücklich die zum Heeresdienst Einberufenen vom Bezuge der Teuerungszulagen ausschließt, so ist es nicht zulässig, diese Ausnahme auch auf jene Beamten zu beziehen. Denn die Rechtsquelle für die Ansprüche der einen und der anderen Klasse von Hilfspersonen ist eben eine verschiedene, und es läßt sich nicht unterstellen, daß das, was die Dienstordnung ausdrücklich ausspricht, unausgesprochen auch für die ihr nicht unterstehenden Beamten, für deren Ansprüche ausschließlich das Regulativ maßgebend ist, gelten solle. Diesen Beamten steht aber infolge der Verleihung der Rechte gemeindlicher Beamten gesetzlich auch das Recht auf Fortbezug des Diensteinkommens gemäß § 66 des Reichsmilitärgesetzes zu (v. Geldern in ArbVers. 1917 S. 49 und Entsch. des OVA. Groß-Berlin daselbst S. 134), und zum Diensteinkommen gehören doch auch die Teuerungszulagen.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1891 von F. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1909 von Dr. F. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1186 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. Oktober 1917 | Heft 28

Zur Lehre vom „Neuen Unterstützungsfall".

Von Regierungsrat Heine, Stellvertr. Vorsitzenden des Versicherungsamts Hamburg.

Im Heft 13 dieser Zeitschrift S. 297 findet sich ein Urteil des Sächsischen Landesversicherungsamts vom 25. November 1916 abgedruckt, dem folgender Tatbestand zugrunde liegt: Ein Versicherter meldete sich, nachdem er wegen Aderverkalkung die Höchstleistungen der Kasse bezogen hatte, 4 Wochen später wegen einer unabhängig von diesem Leiden entstandenen Krankheit, nämlich wegen Ischias, wieder krank und arbeitsunfähig, wurde aber mit seinen Unterstützungsansprüchen von der Kasse abgewiesen, weil er laut ärztlicher Äußerung wegen seiner früheren Erkrankung fortgesetzt ärztlicher Behandlung bedürftig gewesen sei; mit der Klage hatte er weder beim Versicherungsamt noch beim Oberversicherungsamt Erfolg, doch hob das Landesversicherungsamt das Berufungsurteil auf und verwies die Sache an die Vorinstanz zurück, weil durch die der angefochtenen Entscheidung zugrundegelegte kurze ärztliche Äußerung die andauernde Notwendigkeit fortgesetzter Behandlung nicht genügend nachgewiesen sei, zumal deshalb nicht, weil es sich hier um Aderverkalkung handle, also um ein bei fortschreitendem Lebensalter sehr häufiges Leiden, wegen dessen erfahrungsgemäß oft überhaupt keine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen zu werden pflege; aber auch deshalb hielt das Landesversicherungsamt einen besonders genauen Nachweis für nötig, weil, zumal mit einer Besserung der Aderverkalkung doch kaum zu rechnen sei, die Anerkennung der Notwendigkeit fortgesetzter Behandlung zur Folge haben würde, daß dem Versicherten der Anspruch auf Krankenhilfe für alle Zukunft versagt wäre.

Der Streitfall bietet allgemeines Interesse, denn rechtlich gleichliegende Fälle sind durchaus nicht selten; die Art ihrer rechtlichen Beurteilung aber erscheint bedenklich.

Die in Wissenschaft und Rechtsprechung wohl unbestritten herrschende Meinung geht ja dahin, daß bei Fortbestehen einer Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung auch durch das Hinzutreten einer von der bereits bestehenden ganz unabhängigen zweiten Krankheit ein neuer Unterstützungsfall nicht begründet werde, und die grundsätzliche Richtigkeit dieser Meinung kann nicht wohl bestritten werden: ist doch hier (anders als z. B. beim Tode eines Versicherten) der Unterstützungsfall seinem Wesen nach kein Ereignis — die Erkrankung —, sondern ein Zustand, nämlich die Krankheit, d. h. das Kranksein, und das Bestehen dieses Zustandes wird naturgemäß an sich durch das Ereignis einer zweiten Erkrankung und die damit beginnende zweite Krankheit nicht wesentlich geändert; er mag sich dadurch verschlimmern, aber an sich bleibt er ebenso wie im Falle einer noch nicht als Heilung anzusprechenden Besserung bestehen.

Ist demnach die herrschende Meinung grundsätzlich als richtig anzuerkennen und demgemäß z. B., falls ein Versicherter wäh-

Digitized by Google

rend des Bezuges von Krankenhilfe sich eine zweite Krankheit zuzieht, ein neuer Unterstützungsfall zu verneinen, so kann sie doch nicht ausnahmslos anerkannt werden, denn ihre starre Durchführung ergibt Härten, die vermieden werden müssen. Das zeigt der Streitfall, von dem wir ausgegangen sind:

Wenn die weitere Beweisaufnahme die frühere ärztliche Äußerung, wonach die Aderverkalkung ständige Behandlung erforderte — und dann auch wohl weiterhin stets erfordern wird —, bestätigt, soll dann wirklich der Versicherte, trotzdem er inzwischen wieder arbeitsfähig und versicherungspflichtig geworden ist und seine vollen Beiträge hat zahlen müssen, auch wegen unabhängig davon auftretender Krankheiten niemals mehr Anspruch auf Krankenhilfe haben? Wegen des alten Leidens steht ihm ein Anspruch gewiß nicht mehr zu, denn insoweit ist er ausgesteuert, aber im übrigen wird man ihm den Anspruch kaum schlechthin versagen können. Um zunächst bei der Streitsache zu bleiben, so ist, wie auch die Revisionsinstanz vermutet, bei der besonderen Art des Leidens allerdings wohl kaum zu erwarten, daß die weitere Beweisaufnahme die vorliegende ärztliche Äußerung bestätigen wird, aber in zahlreichen anderen Fällen chronischer Leiden ist durchaus mit einer solchen dem Versicherten ungünstigen ärztlichen Beurteilung zu rechnen; ein ganz besonders krasser Fall lag kürzlich dem Versicherungsamt Hamburg zur Entscheidung vor: es handelte sich um eine junge Versicherte, die ein für unheilbar erklärtes Nasenleiden hatte, woran sie allerdings in größeren, aber wiederum für die Annahme eines jedesmaligen neuen Unterstützungsfalles nicht genügend großen Zwischenräumen ärztlich behandelt werden mußte; arbeitsunfähig war sie überhaupt nicht, Beschwerden machte ihr das Leiden so gut wie gar nicht, und da ihr sonst nichts fehlte, war sie im Grunde eine volle Arbeitskraft und stand denn auch ständig in versicherungspflichtiger Beschäftigung; nun erkrankte sie nach Aussteuerung wegen des Nasenleidens ganz unabhängig davon an Gelenkrheumatismus und begehrte Krankenhilfe, die ihr die Krankenkasse zwar gern gewähren wollte, aber mit Rücksicht auf die herrschende Lehre von der Einheitlichkeit des Unterstützungsfalles versagen zu müssen glaubte und es deshalb auf eine Entscheidung ankommen ließ; die Kasse wurde zur Gewährung der Krankenhilfe verurteilt, hat das Urteil rechtskräftig werden lassen und wird in Zukunft, was übrigens andere Kassen auch schon längst zu tun pflegen, in derartigen Fällen von neuem für den Versicherten eintreten.

Meines Erachtens mit vollem Recht, denn die Anwendung des Grundsatzes von der Einheitlichkeit des Unterstützungsfalles auch auf solche Fälle ist unhaltbar: die Versicherten, denen dann ja nicht nur von ihrer alten, sondern ebenso von jeder anderen auf Grund der Reichsversicherung errichteten Kasse, in die sie kommen, Krankenhilfe versagt bliebe, würden dafür gewiß kein Verständnis haben und, wenn sie sich schon damit abfinden müßten, jedenfalls die weitere Versicherung, insbesondere auch die nicht zu umgehende Pflichtversicherung als unnütz und wegen der Verpflichtung zur Beitragszahlung als lästig empfinden; aus der Wohltat der Versicherung wäre dann eine Plage geworden. Man wende nicht ein, daß die Versicherung Ansprüche, wenn auch nicht auf Krankenhilfe, so doch auf Wochenhilfe, Sterbegeld und unter Umständen auch auf Familienhilfe begründet; diese Leistungen stehen, sofern sie überhaupt gewährt werden und für den einzelnen Versicherten in Frage kommen, erst in zweiter Linie; in erster Linie ist die Versicherung doch eine Krankenversicherung, und die Versicherten zahlen ihre Beiträge, um in Krankheitsfällen ärztlich versorgt zu sein und im Krankengelde einen gewissen Ersatz für ihren Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit zu haben; sie würden es also als Härte empfinden, daß sie Beiträge zahlen sollen, ohne jemals auf diejenigen Kassenleistungen, die ihnen die Hauptsache sind, rechnen zu können.

Dieses in der Tat unerfreuliche Ergeb-

Digitized by Google

nis nötigt dazu, in Abweichung von dem an sich richtigen Grundsatze einen neuen Unterstützungsfall dann anzunehmen, wenn ein ausgesteuerter, aber krank gebliebener Versicherter sich eine von der bestehenden ganz unabhängige neue Krankheit zuzieht; allerdings wird man, da es sich um eine Ausnahme handelt, einen möglichst genauen Nachweis dieser Unabhängigkeit fordern und, wenn ein Zusammenhang zwischen der zweiten und der bereits bestehenden Krankheit auch nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, gemäß dem Grundsatze von der Einheitlichkeit des Unterstützungsfalles die Krankenhilfe versagen müssen; Genaueres läßt sich hierüber natürlich nicht allgemein sagen, sondern es wird immer auf die Besonderheiten des Einzelfalles ankommen.

Die Abweichung von dem Grundsatz in den oben behandelten Fällen läßt sich übrigens auch rechtlich einwandfrei begründen, nämlich aus einer allgemeinen Erwägung heraus: Recht ist die Kunst des Guten und Billigen, und somit kann als Recht nichts anerkannt werden, was offenbar unbillig ist; folglich darf auch eine an sich zu billigende Auslegung einer Gesetzvorschrift nicht schlechthin durchgeführt werden, sondern ihre Folgerungen sind, ohne daß deshalb der die Auslegung leitende Grundsatz überhaupt als falsch aufgegeben werden müßte, dann abzulehnen, wenn sie unbillig sind; es ist aber eine offenbare Unbilligkeit und es heißt, Recht in Unrecht verkehren, wenn man einem Versicherten Verpflichtungen, nämlich zur Beitragszahlung, auferlegt, obwohl er niemals auf die nicht nur nach seiner Überzeugung, sondern auch in der Tat wichtigsten Kassenleistungen rechnen kann. Gewiß stehen Beiträge und Kassenleistungen nicht in dem bürgerlich-rechtlichen Verhältnisse von Leistung und Gegenleistung, so daß sie sich gegenseitig bedingen, aber im Grunde werden ja die Beiträge nur gefordert, damit die Kasse für die den größten Teil der Beiträge aufbringenden Versicherten eintreten kann; schließlich widerspricht es doch auch gerade dem sozialen Geiste eines Versicherungsgesetzes, Versicherte trotz gleicher Belastung unterschiedlich, und zwar gerade hinsichtlich der wichtigsten Kassenleistungen, zu behandeln.

Daher wird man krank gebliebenen Ausgesteuerten, die weiter versichert sind, im Falle einer ganz unabhängig von der alten auftretenden Krankheit die Krankenhilfe nicht versagen dürfen, sondern vielmehr dann ausnahmsweise einen neuen Unterstützungsfall annehmen müssen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

„Eigene Betriebsstätte" eines Hausgewerbetreibenden.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. Dezember 1916.

. . . . Die bisherigen Ermittlungen reichen nicht für die Annahme aus, daß die Klägerin eine „eigene Betriebsstätte" hatte, d. h. über sie allein unabhängig von ihrer Auftraggeberin verfügen konnte. Folgt man den Angaben der Klägerin, so hatte ihr Ehemann in einem zur Fabrik gehörigen Gebäude eine Wohnung inne, die ihm zur unentgeltlichen Benutzung wahrscheinlich als Teilentlohnung für seine der Firma „als Haus- oder Werkmeister oder Heizer" geleisteten Dienste überlassen war. Hiernach wäre die Annahme, daß die Arbeitsstätte der Klägerin und ihres Ehemannes von der der Firma (Fabrikräume) räumlich getrennt gewesen sei und daß deshalb ein Hausgewerbeverhältnis bestanden habe, ausgeschlossen (Amtl. Nachr. 1897 S. 590 Z. 616). Ist ein solches nach den Entsch. des RVA. in den Amtl. Nachr. 1903 S. 366 Z. 1040, 1904 S. 525 Z. 1162 schon ausgeschlossen, wenn der Vermieter einer Arbeitsstätte derjenige ist, für dessen Rechnung die Arbeit geleistet wird, so wird dies um so mehr der Fall sein, wenn eine zugleich als Arbeitsraum dienende Wohnung vom Auftraggeber unentgeltlich

Digitized by Google

überlassen wird (siehe auch die „Anleitung" des RVA. vom 26. April 1912, Z. 15, 16, 60). In diesen Fällen ist nicht der im Auftrag und für Rechnung des Fabrikherrn Tätige, sondern der Auftraggeber Herr der Wohnung und der Arbeitsstätte; von einer persönlichen Selbständigkeit gegenüber dem Fabrikherrn könnte nach dieser Richtung keine Rede sein. Ob die Angaben der Klägerin den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen, ist nicht aufgeklärt; ebensowenig ist erhoben, welcher Art die Arbeit der Klägerin war, ob sie etwa unter Benutzung von Einrichtungen der Fabrik (Werkzeugen, Arbeitskraft), in welchem Umfange und unter welchen Bedingungen sie geleistet wurde, ob und bejahenden Falls, in welcher Weise die Arbeitsleistung geprüft oder beaufsichtigt wurde . . . (Breithaupt.)

Die Verjährung der Rückforderung von Beiträgen wird erst durch den Antrag auf Entscheidung nach § 405 Abs. 2 RVO. unterbrochen.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 19. Mai 1917 (2961 Amtl. Nachr. 1917 S. 514).

Der Fabrikant M. in B. hat durch Schreiben vom 15. Juni 1915 der Allgemeinen Ortskrankenkasse B. mitgeteilt, daß von ihm für den Werkmeister H. seit dem 1. Januar 1914 zu Unrecht Beiträge erhoben seien, da dieser der Versicherungspflicht nicht unterliege, und hat um Rückzahlung der zuviel geleisteten Beiträge gebeten. Die Allgemeine Ortskrankenkasse hat sich hierzu nicht für verpflichtet erachtet. Als M. darauf die von ihm auf 139,50 ℳ berechnete Summe gelegentlich anderer Zahlungen an die Kasse in Abzug brachte, hat die Kasse die Beitreibung dieses Betrages veranlaßt. Mit Schriftsatz vom 30. Dezember 1915 hat M. nunmehr beim Versicherungsamte der Stadt B. beantragt, die Kasse zur Rückzahlung der eingezogenen Kassenbeiträge zu 139,50 ℳ und der Mahngebühren zu veranlassen. Der Schriftsatz ist am 3. Januar 1916 beim Versicherungsamt eingegangen. Das Versicherungsamt hat den Antrag für begründet erachtet. Gegen diese Entscheidung hat die Kasse rechtzeitig Beschwerde eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und dabei unter Bezugnahme auf Hanow, Kommentar Anm. 5 zu § 29 RVO. den Standpunkt vertreten, daß die Verjährung bei Ansprüchen wie dem vorliegenden durch dieselben Tatsachen unterbrochen werde wie bei Gemeindeabgaben, da die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Unterbrechung der Verjährung sich nicht ohne weiteres auf die öffentlich-rechtlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung anwenden ließen. Nach § 88 Abs. 2 des Kommunalabgabengesetzes vom 14. Juli 1893 werde die Verjährung bei Gemeindeabgaben durch eine an den Pflichtigen gerichtete Zahlungsaufforderung unterbrochen. Genüge aber zur Unterbrechung der Verjährung die Zahlungsaufforderung des Versicherungsträgers an den Pflichtigen, so müsse umgekehrt auch angenommen werden, daß, wenn es sich um die Rückerstattung von Beiträgen seitens der Kasse handle, die Aufforderung des Pflichtigen an die Kasse die Verjährung unterbreche — Dieser Auffassung ist das Reichsversicherungsamt entgegengetreten mit folgender Begründung:

Die Abgabe war zulässig und geboten. Der Auffassung des Oberversicherungsamts vermochte jedoch der Senat nicht beizutreten. Zunächst ist die Bezugnahme auf die Ausführungen im Kommentar von Hanow a. a. O. verfehlt. Die Darlegungen dort beziehen sich lediglich auf die Frage, unter welchen Umständen die Verjährung bei den Ansprüchen auf Rückstände unterbrochen wird. Zu dem hier in Rede stehenden Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen wird dagegen in Anmerkung 10 Abs. 3 a. a. O. ausgeführt, daß in Ermangelung abweichender Vorschriften die §§ 202 ff. des Bürg. Gesetzb. über Hemmung, Unterbrechung und Wirkung der Verjährung sinngemäß anzuwenden seien. Dem hat sich der Senat angeschlossen. Das Krankenversicherungsgesetz enthielt keine Vorschriften über die Verjährung von Ansprüchen auf Rückerstattung von Beiträgen. Man nahm daher im allgemeinen im Anschluß an die Vorschriften des bürgerlichen Rechts an, daß für diese Ansprüche die dreißigjährige Verjährung Platz greife (zu vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz Anmerkung Ia zu § 55; Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz Anm. 6 zu § 58). Diese Lücke hat der Gesetzgeber der Reichsversicherungsordnung insofern ausgefüllt, als nach § 29 Abs. 2 der RVO. solche Ansprüche in sechs Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres verjähren, in dem sie entrichtet sind. Dagegen sind Vorschriften über die Unterbrechung der Verjährung in der Reichsversicherungsordnung nicht enthalten. Da nun bei § 29 Abs. 2 RVO. im Gegensatze zu § 29 Abs. 1 a. a. O. (zu vgl. hierzu Urteil des Reichsgerichts, V. Zivilsenat, vom 12. März 1914, Reger Bd. 35 S. 104) Anhaltspunkte für eine andere Beurteilung der Verjährungsfrist nicht gegeben sind, so bleibt nichts anderes übrig, als auch hinsichtlich der Frage der Unterbrechung der Verjährung auf das bürgerliche Recht zurückzugreifen. Dort wird aber die Verjährung nicht durch eine Mahnung oder eine außergerichtliche Zahlungsaufforderung, sondern erst durch die Erhebung der Klage unterbrochen (§ 209 des Bürg. Gesetzb.). Einer solchen Klageerhebung kann, soweit Ansprüche auf Rückerstattung von Krankenkassenbeiträgen in Frage kommen, erst die Geltendmachung dieser Ansprüche beim Versicherungsamte (§ 405 Abs. 2 RVO.) gleichstehen. Dagegen enthält eine Zahlungsaufforderung an die Krankenkasse, der bei Ansprüchen der vorliegenden Art lediglich eine Parteirolle zukommt, eine für die Unterbrechung der Verjährung bedeutungslose Mahnung. Einen ähnlichen Grundsatz hat das Reichsversicherungsamt bereits hinsichtlich der Verjährung der Ansprüche auf Kassenleistungen (§ 29 Abs. 3 und § 223 RVO.) ausgesprochen und angenommen, daß auch hier die Verjährung erst durch die bei dem Versiche-

Digitized by Google

rungsamte nach § 1636 der RVO. erhobene Klage unterbrochen wird (zu vgl. Revisionsentsch. 2152, Amtl. Nachr. 1916 S. 358). Inwiefern M. glaubt, sich für die gegenteilige Auffassung auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Februar 1915 (Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 442 Nr. 1998) berufen zu können, hat er nicht dargelegt. Die bezeichnete Entscheidung ergibt auch nichts für die vorliegende Frage. Die dortigen Erörterungen beziehen sich auf die in § 1446 Abs. 2, §§ 1462, 1464 RVO. enthaltenen Sondervorschriften der Invalidenversicherung. Nach allem ist der Anspruch auf Rückerstattung der Beiträge, die in dem Jahre 1914 entrichtet sind, verjährt. Die angefochtene Entscheidung des Versicherungsamts war daher, wie geschehen, abzuändern.

B. Zur Krankenversicherung.

Heranziehung von Krankenkassenangestellten zum Hilfsdienst.

Bescheid des Kriegsamts (Kriegs-Ersatz- und Arbeitsdepartement) in Berlin vom 12. September 1917 (A. 1. Nr. 41/9. 17. ER.).

Die Ortskrankenkassen sind vom Kriegsamt als behördliche Einrichtungen im Sinne des § 2 des Hilfsdienstgesetzes anerkannt worden. Daraus ergibt sich, daß das Kriegsamt nach Benehmen mit der zuständigen Landeszentralbehörde auch darüber zu entscheiden hat, ob die Zahl der bei einer Krankenkasse beschäftigten Personen das Bedürfnis übersteigt. Letzteres ist auch dann der Fall, wenn ein Teil der hilfsdienstpflichtigen Angestellten durch Personen ersetzt werden kann, die der Hilfsdienstpflicht nicht unterliegen (Männer über 60 Jahre, Jugendliche, Frauen). Es ist die vaterländische Pflicht jedes Betriebes, vor allem aber jeder Behörde und behördlichen Einrichtung dafür zu sorgen, daß jeder Hilfsdienstpflichtige, der kriegswichtigere Arbeit leisten kann, durch die Einstellung weniger wertvoller Arbeitskräfte freigemacht wird. Der stetig zunehmende Mangel an Arbeitskräften zwingt dazu, auch in dieser Beziehung Opfer zu bringen.

Das Kriegsamt gibt sich der Überzeugung hin, daß die Ortskrankenkassen dies nicht verkennen, und daß ihre Angestellten bereit sein werden, durch die Übernahme von Mehrarbeit und durch die Anlernung ungeschulter Kräfte das ihrige dazu beitragen, daß der dringende Bedarf an anderen Stellen gedeckt werden kann. Ob und wo ein solcher Bedarf vorhanden ist, wird von den Kriegsamtsstellen sorgfältig geprüft. Erst von diesem erhalten die Einberufungsausschüsse Weisung darüber, in welchem Umfange sie nötigenfalls mit Heranziehungen vorgehen sollen.

Sollte eine Ortskrankenkasse der Überzeugung sein, daß von ihren hilfsdienstpflichtigen Angestellten keiner entbehrlich sei, so muß ihr anheimgestellt werden, einen entsprechenden Antrag unter genauer Angabe der Tatsachen, aus denen sich die Unentbehrlichkeit der Angestellten ergibt, an das Kriegsamt (Kriegs-Ersatz- und Arbeitsdepartement, Berlin, Friedrichstr. 100) zu richten. Die vom Kriegsamt zu treffende Entscheidung würde für die Ausschüsse bindend sein.

Unständige Beschäftigung — verneint bei Leichenträgern, die dem Beerdigungsunternehmen fortlaufend für den Bedarfsfall zur Verfügung stehen.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 19. Mai 1917 (2363 Amtl. Nachr. 1917 S. 518).

Mit Recht hat das Versicherungsamt die Leichenträger als versicherungspflichtige Beschäftigte der Firma S. erachtet. B. ist, wie das Versicherungsamt zutreffend ausführt, bei seinen Verrichtungen für S. nicht als Unternehmer anzusehen. Der Umstand, daß er in seinem Hauptberufe selbständiger Gewerbetreibender ist, schließt nicht aus, daß er in einem fremden Betriebe die Stellung eines Arbeiters oder Gehilfen einnimmt (zu vgl. Handb. der Unfallverf. Anm. 21 zu § 28 GUVG. und Ziff. 16 m der Anleitung über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 721 ff.). Anderseits läßt ihn die Tatsache allein, daß er die erforderlichen übrigen Leichenträger selbst annimmt und entlohnt, noch nicht als Unternehmer erscheinen (zu vgl. Ziff. 13, 14 der bezeichneten Anleitung). Maßgebend ist vielmehr, daß er bei seinen Verrichtungen für S. keinen Unternehmergewinn erzielen kann, selbst als Leichenträger mitarbeitet und außer der Vergütung von 50 ℳ, die nur eine Entschädigung für die Annahme und Entlohnung der anderen Leichenträger bildet, den gleichen Entgelt wie diese erhält (zu vgl. Handb. a. a. O. und Ziff. 16 der Anleitung). Er ist daher in seiner Eigenschaft als Leichenträger lediglich Arbeiter oder Gehilfe der Firma S. Das gleiche gilt für R., weil die dargelegten Erwägungen für ihn entsprechend zutreffen. Daraus folgt, daß die von B. oder R. gestellten Leichenträger gleichfalls als Arbeiter oder Gehilfen in den Betrieb der Firma S. übertreten. Der Einwand der Firma, sie habe mit ihnen keine Vereinbarungen getroffen, ist unerheblich, weil ein Beschäftigungsverhältnis auch stillschweigend durch Leistung und Annahme von Diensten begründet werden kann. Da die Träger von B. oder R. für S. angenommen werden, stehen sie zu der Firma in einem sogenannten mittelbaren Arbeitsverhältnis, das sie ebenfalls als Beschäftigte

Digitized by Google

der Firma erscheinen läßt (zu vgl. Ziff. 14 der Anleitung). Mit Recht hat das Versicherungsamt ferner sämtliche Leichenträger nicht als unständig Beschäftigte im Sinne des § 441 RVO. erachtet. Unständig ist nach dieser Vorschrift eine Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist. Vorliegend handelt es sich um einzelne Arbeitsleistungen, die nach mehr oder minder großen Unterbrechungen stattfinden und jedesmal nur weit kürzere Zeit als eine Woche beanspruchen. In solchen Fällen liegt eine unständige Beschäftigung nur dann vor, wenn der Zeitraum, über den sich die gesamten Arbeitsleistungen erstrecken, weniger als eine Woche beträgt, oder wenn das Beschäftigungsverhältnis nur für die Dauer der jeweiligen Arbeitsleistung eingegangen wird (zu vgl. Entsch. 2337, Amtl. Nachr. 1917 S. 445; ferner Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 21. Oktober 1901, Bd. 40 S. 332, sowie vom 1. Mai 1902 und 12. Juni 1902, abgedruckt in „ArbVers." 1902 S. 614 und 615; auch Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Auflage, Anm. 3 zu § 441 RVO.). Dagegen ist keine unständige Beschäftigung anzunehmen, wenn die Arbeitsleistungen sich insgesamt auf länger als eine Woche, insbesondere auf unbestimmte Zeit, erstrecken und sich nur als Äußerungen eines einheitlichen Beschäftigungsververhältnisses darstellen (zu vgl. die bezeichneten Stellen sowie Entsch. 2046, Amtl. Nachr. 1915 S. 579). Bei Prüfung der Frage, ob jedesmal ein neues oder ob ein einheitliches Beschäftigungsverhältnis vorliegt, sind sämtliche Umstände des Falles, namentlich der Umfang und die sonstigen Verhältnisse des Betriebs sowie die Dauer der zwischen den einzelnen Arbeitsleistungen liegenden Unterbrechungen und die gesamte Art der Geschäftsverbindung zwischen den Beteiligten zu berücksichtigen (zu vgl. die Entsch. 2337 und die bezeichneten Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts). Vorliegend handelt es sich um ein größeres Beerdigungsunternehmen, das wegen Mangels an eigenen Leichenträgern auf häufige Zuziehung fremder angewiesen ist. Dementsprechend sind die Unterbrechungen zwischen den Arbeitsleistungen der einzelnen hier in Rede stehenden Träger verhältnismäßig gering. Sie pflegen, wie sich aus der Aussage des B. vor dem Versicherungsamte vom 10. August 1916 ergibt, die Dauer von zwei Wochen nicht zu überschreiten, während es anderseits vorkommt, daß die Träger täglich zu Beerdigungen herangezogen werden. Sämtliche Träger sind oder waren ferner mehrere Jahre für S. tätig. Alle diese Umstände lassen die Absicht der Beteiligten erkennen, daß die Träger, sofern sie nicht durch besondere Umstände verhindert sind, der Firma nach einer jeden Beerdigung in gleicher Weise für die mehr oder minder kürzere Zeit darauf stattfindende nächste Beerdigung zur Verfügung stehen sollen. Die einzelnen Arbeitsleistungen stellen sich somit, wie im Gegensatze zum Oberversicherungsamt, aber in Übereinstimmung mit dem Versicherungsamt anzunehmen ist, als Äußerungen eines einheitlichen, stillschweigend auf unbestimmte Zeit eingegangenen Beschäftigungsverhältnisses dar, so daß eine unständige Beschäftigung nicht vorliegt. Diese Auffassung entspricht auch der unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes geltenden Rechtslage (zu vgl. die bezeichneten Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts und die Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 4. März 1903, abgedruckt in „ArbVers." 1903 S. 508). Der vom Oberversicherungsamte hervorgehobene Umstand, daß die Träger mangels vertraglicher Abmachungen nicht verpflichtet sind, sich zur Verfügung der Firma zu halten, ist nach Lage der Sache unerheblich, da das Vorliegen eines einheitlichen Beschäftigungsverhältnisses auch aus anderen Tatsachen als dem Bestehen einer rechtlichen Verpflichtung gefolgert werden kann. Ohne Belang ist es ferner, daß einzelne Träger auch von anderen Berdigungsunternehmen beschäftigt werden. Das schließt ihre Eigenschaft als ständig Beschäftigte ebensowenig wie beispielsweise bei Aufwärterinnen und ähnliche Personen aus. Endlich stellt sich die Beschäftigung der Leichenträger nicht als vorübergehend im Sinne der Nr. I Ziff. 3 der Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht, vom 17. November 1913 (RGBl. S. 756) dar, weil der Entgelt von 1,50 ℳ bis 3 ℳ, den sie für die einzelne Beerdigung erhielten oder erhalten, nicht geringfügig im Sinne dieser Bestimmung ist. Die Beschwerde war somit zurückzuweisen.

C. Zur Unfallversicherung.

Reichsgesetz über Fürsorge für Kriegsgefangene.

Vom 15. August 1917 (RGBl. S. 725).

§ 1. Gesundheitsstörungen, welche deutsche Militärpersonen oder andere unter die deutschen Militärversorgungsgesetze fallende Personen in feindlicher Kriegsgefangenschaft erleiden, gelten als Dienstbeschädigungen im Sinne dieser Gesetze, wenn sie infolge von Arbeiten, zu denen die bezeichneten Personen verwendet werden, oder durch einen Unfall während der Verrichtung solcher Arbeiten eingetreten, oder wenn sie durch die der Kriegsgefangenschaft eigentümlichen Verhältnisse verursacht oder verschlimmert worden sind. Die Angaben des Beschädigten, die sich auf Vorgänge in der Kriegsgefangenschaft beziehen, sind der Entscheidung zugrunde zu

Digitized by Google

legen, soweit nicht die Umstände des Falles offenbar entgegenstehen.

Wer wegen einer in feindlicher Kriegsgefangenschaft erlittenen Dienstbeschädigung (Abs. 1) von einer deutschen Militärverwaltung Versorgungsgebührnisse auf Grund der deutschen Militärversorgungsgesetze erhält, ist auf Verlangen der Militärverwaltung verpflichtet, ihr in Höhe der gewährten Gebührnisse die Ansprüche abzutreten, die ihm wegen des durch die Dienstbeschädigung verursachten Schadens kraft Gesetzes für die gleiche Zeit gegen Dritte zustehen.

§ 2. Feindliche Militärpersonen oder ihnen gleichgestellte Personen, die in deutscher Kriegsgefangenschaft eine Gesundheitsstörung im Sinne des § 1 Abs. 1 erleiden, erhalten, solange sie sich in der Gewalt einer deutschen Militärverwaltung befinden, eine angemessene Fürsorge.

§ 3. Überläßt eine deutsche Militärverwaltung Kriegsgefangene an Unternehmer zur Beschäftigung in solchen Betrieben oder Tätigkeiten, welche nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung der Unfallversicherung unterliegen, so ist der für die Überlassung der Kriegsgefangenen zu entrichtende Entgelt bei der Berechnung der Beiträge oder Prämien, die der Unternehmer an den Träger der Unfallversicherung zu zahlen hat, entsprechend zu berücksichtigen.

§ 4. Auf feindliche Kriegsgefangene (§ 2), die in Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigt werden, welche nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung der Unfallversicherung unterliegen, und auf ihre Hinterbliebenen sind § 898 Satz 1 und die §§ 899, 900 der Reichsversicherungsordnung entsprechend anzuwenden. Dabei gehen die Ansprüche aus einem vorsätzlich herbeigeführten Unfall auf die deutsche Militärverwaltung im Umfang der von ihr aus Anlaß des Unfalls gemachten Aufwendungen über; der Bundesrat kann die Festsetzung des Wertes anderer Leistungen als Barleistungen näher regeln.

Die Ansprüche gegen den Unternehmer oder die ihm gleichgestellten Personen können von den Kriegsgefangenen oder ihren Hinterbliebenen nicht geltend gemacht werden, wenn in dem Staate, dessen Streitkräften der beschädigte Kriegsgefangene angehört hat, nicht nach einer im Reichs-Gesetzblatt veröffentlichten Bekanntmachung des Reichskanzlers die Gegenseitigkeit verbürgt ist.

§ 5. Die Vorschriften der §§ 1, 2 gelten für die seit Kriegsbeginn eingetretenen Dienstbeschädigungen und Gesundheitsstörungen, die des § 4 für die seitdem eingetretenen Unfälle.

Die Vorschrift des § 3 gilt für den Entgelt, der für die Zeit seit dem 1. Januar 1917 auf Grund der Überlassung von Kriegsgefangenen zu entrichten ist.

Renten alten Rechts als Dauerrenten im Sinne der RVO.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 14. April 1917 (I a 4694/16 10 A).

. . . . Die Frage der Zulässigkeit des Rekurses hängt davon ab, ob bereits in einer der früheren Rentenfestsetzungen die Feststellung der Dauerrente zu erblicken ist. In diesem Falle würde es sich vorliegend um die gemäß § 1700 Nr. 8 RVO. mit dem Rekurse nicht anfechtbare Neufeststellung der Dauerrente handeln. In der Rekursentsch. vom 23. April 1900, durch welche die dem Kläger bis jetzt gewährte Teilrente von 50 v. H. festgestellt wurde, kann die Feststellung der Dauerrente nicht gesehen werden, weil sie innerhalb der zweijährigen Frist des § 88 Abs. 2 GewUnfVersGes. ergangen ist und mithin Jahresbindung für die Rente nicht zur Folge hatte. Die zweijährige Frist begann von der Rekursentsch. vom 27. Juni 1898 ab zu laufen. Denn dies war die erste rechtskräftige Rentenfeststellung im Sinne der Gesetzesvorschrift. Der Auffassung des Oberversicherungsamts, daß der durch die letztere Rekursentsch. abgeänderte Bescheid vom 12. Januar 1897, die erste rechtskräftige Rentenfestsetzung im Sinne der angeführten Vorschrift darstelle, weil er in Ansehung der darin gewährten Vollrente nicht angefochten worden war und insofern Rechtskraft erlangt hatte, konnte nicht beigetreten werden. Die in der Rekursentsch. 2117, Amtl. Nachr. 1905 S. 488 angeführten Gründe lassen nach wie vor die Auffassung richtig erscheinen, daß der endgültige Abschluß des erstmaligen Feststellungsverfahrens der vom Gesetzgeber gewollte Zeitpunkt für den Beginn der zweijährigen Frist ist. In den weiteren Urteilen des Schiedsgerichts vom 23. Januar und 16. Mai 1903 und des Reichsversicherungsamts vom 20. August 1903 sowie in dem Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 30. April 1914 sind lediglich Rentenänderungsanträge der Parteien zurückgewiesen worden. Diese Entscheidungen enthalten mithin keine anderweite Feststellung der Rente und können schon um deswillen nicht als Feststellung der Dauerrente in Betracht kommen (zu vgl. Rekursentsch. 2698 und 2800, Amtl. Nachr. 1914 S. 481 und 1915 S. 472). Der vom Oberversicherungsamt geltend gemachte Umstand, daß die beiderseitigen Rentenänderungsanträge Jahresbindung für beide Parteien bewirkten, ist demgegenüber nicht erheblich. Wenn hiernach erst im gegenwärtigen Verfahren die Feststellung der Dauerrente in Frage kommt, so mußte der Rekurs für zulässig erachtet werden. Aus dem Gesagten folgt ohne weiteres, daß der vom Oberversicherungsamt gerügte Mangel des Einspruchsverfahrens nicht vorliegt. Die in den §§ 1600 ff. RVO. enthaltenen besonderen Vorschriften für den Einspruch bei Änderung von Dauerrenten greifen hier nicht Platz und die Zurückverweisung der Sache an die Beklagte war mithin nicht gerechtfertigt. Das Urteil des Oberversicherungsamts war hiernach aufzuheben und die Sache zur anderweiten Verhandlung und sachlichen Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Eine Rente, die rechtskräftig als „vorläufige" festgesetzt ist, darf nicht wegen irriger Bezeichnung als endgültige angesehen werden.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 15. Mai 1917 (I a 5763/15).

Der Rekurs ist zulässig. Durch die Entscheidung des Oberversicherungsamts vom 15. Mai 1914 ist

Digitized by Google

die Rente von 10 v. H. ausdrücklich als eine vorläufige Rente gewährt worden. Diese Entscheidung ist rechtskräftig geworden. Damit ist die Rente von 10 v. H. endgültig als eine vorläufige festgesetzt. Sie trotzdem — wegen irriger Bezeichnung als vorläufige — als eine Dauerrente anzusehen, ist nicht angängig. Die Berufung der Beklagten auf § 1700 Ziff. 8 RVO. ist verfehlt. . .

Unzulässigkeit des Rekurses bei Neufeststellung der Rente nach ambulantem Heilverfahren.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 4. April 1917 (2959 Amtl. Nachr. 1917 S. 492).

Eine Arbeiterin bezog eine durch berufungsfähigen Bescheid vom 10. April 1908 festgestellte Teilrente von 10 v. H. Durch Bescheid vom 28. September 1912 wurde diese Rente aufgehoben. Durch Bescheid vom 26. Juli und Endbescheid vom 24. November 1913 wurde der Verletzten wegen Verschlimmerung der Unfallfolgen für die Zeit vom 8. bis zum 17. Februar 1913 die Vollrente zugesprochen. Auf einen neuen Rentenbewilligungsantrag vom 21. Juni 1915 überwies die Beklagte durch Schreiben vom 16. Juli 1915 die Verletzte einem Arzte zur ambulanten Behandlung. Nach Abschluß der Behandlung bewilligte sie ihr durch Bescheid vom 25. Oktober 1915 und Endbescheid vom 4. Februar 1916 für die Zeit vom 23. Juni bis zum 1. September 1915 eine Teilrente von 60 v. H. Die Berufung der Klägerin, mit der sie die Zuerkennung der Vollrente erstrebte, wurde als unbegründet zurückgewiesen. Ihren Rekurs hat das Reichsversicherungsamt als unzulässig verworfen aus folgenden Gründen:

Die rechtskräftige Entziehung der Rente im Jahre 1912 hatte nach § 88 Abs. 2 GUVG. schon Jahresbindung, stand also ebenso wie die durch den Bescheid vom 26. Juli 1913 erfolgte, mit der Festsetzung der Vollrente für die Zeit vom 8. bis zum 17. Februar 1913 verbundene Ablehnung einer weiteren Rentenzahlung der Festsetzung einer Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung gleich. Es handelt sich deshalb im vorliegenden Verfahren um die Neufeststellung einer Dauerrente wegen Änderung der Verhältnisse, einen Fall, in dem nach § 1700 Nr. 8 RVO. der Rekurs unzulässig ist. Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts wird allerdings der Rekurs dann für zulässig erachtet, wenn die neue Rente nach Abschluß einer Heilanstaltspflege festgesetzt wird; denn in diesem Falle ist die neue Festsetzung der Rente nicht von einer Änderung der früheren Verhältnisse abhängig, sondern wird, losgelöst von diesen, auf Grund des Heilergebnisses neu festgesetzt, als ob es sich um die erste Feststellung der Dauerrente handelt (zu vgl. Rekursentsch. 2834, Amtl. Nachr. 1915 S. 745). Im vorliegenden Verfahren hat aber eine Heilanstaltspflege nicht stattgefunden, sondern nur ein ambulantes Heilverfahren, das ohne förmlichen Bescheid eröffnet wurde. Ein solches Heilverfahren steht der Heilanstaltspflege nicht gleich und macht die Feststellung einer Änderung der Verhältnisse nicht überflüssig, so daß die Anwendbarkeit des § 1700 Nr. 8 RVO. nicht ausgeschlossen wird.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Militärrenten sind nicht pensionsähnliche Bezüge im Sinne des § 1237 RVO.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 9. Juni 1917 (II. 1465/17).

Nach § 1237 RVO. wird auf seinen Antrag von der Versicherungspflicht befreit, wem vom Reiche .... Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse bewilligt sind und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge (§ 1234) gewährleistet ist. „Die Militärrente des H. ist höher als die Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse. Dagegen ist ihm eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge nicht gewährleistet. Es ist zu prüfen, ob nicht schon dieser Umstand einer Befreiung entgegensteht. Das ist zu verneinen. H. ist ledig. Das Reichsversicherungsamt hat bereits in einem Bescheide vom 11. April 1912 — II. 1299 — (zu vgl. ArbVers. 1912 S. 327) ausgesprochen, daß für die Frage, ob eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge im Falle des § 1237 gewährleistet ist, lediglich der Zustand zur Zeit der Antragstellung entscheidend ist. Bei einem Ledigen stehe das Fehlen einer solchen Anwartschaft der Befreiung nicht entgegen. An dieser Auffassung ist festzuhalten. Denn sie entspricht dem Willen des Gesetzgebers wie er in der Begründung zu § 1223 des Entwurfs einer RVO. (jetzt § 1237) S. 393 zutage getreten ist. Hier wird nämlich ausgeführt, daß eine Befreiung zu widerrufen ist, wenn wegen Änderung des Familienstandes eine Fürsorge für Hinterbliebene erforderlich wird (zu vgl. § 1241 RVO.). Der Gesetzgeber geht also davon aus, daß eine ledige Person befreit werden kann, auch wenn eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge nicht besteht, und daß das Fehlen einer solchen Anwartschaft die Befreiung nur dann hindert, wenn Familienmitglieder, die Hinterbliebenenansprüche geltend machen können, vorhanden sind. Im übrigen würden, wenn man einen abweichenden Standpunkt vertreten wollte, ledige Ruhegehaltsempfänger wohl niemals befreit werden können, da sie regelmäßig keine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge haben werden. Es ist daher davon auszugehen, daß vorliegend das

Digitized by Google

Fehlen der Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge der Befreiung nicht entgegensteht.

Weiter ist zu prüfen, ob die Militärrente, welche H. bezieht, als ein Ruhegeld, Wartegeld oder ähnlicher Bezug anzusehen ist. Das ist nicht der Fall. Als Ruhegeld oder Wartegeld können nur solche Bezüge verstanden werden, die entweder ausdrücklich gesetzlich oder nach dem allgemeinen Sprachgebrauch als solche bezeichnet werden, was bei der hier in Betracht kommenden Rente nicht zutrifft. Es fragt sich ferner, ob die Militärrente als ein „ähnlicher Bezug" im Sinne des § 1237 RVO. anzusehen ist. Darunter kann, wie die Fassung der Vorschrift ergibt, nur etwas dem Ruhe- oder Wartegeld nahe Ver-

Digitized by Google

wandtes verstanden werden. Es muß sich um einen Bezug handeln, der wie das Ruhe- oder Wartegeld aus der früheren Beschäftigung des Bezugsberechtigten erwachsen ist. Denn sämtliche in § 1237 RVO. aufgeführten Bezüge stellen eine Art Entgelt dar, der durch treue Pflichterfüllung erworben wird und der den Berechtigten auch nach Beendigung seiner Beschäftigung die Möglichkeit gewähren soll, zu den notwendigen Kosten des Unterhalts angemessen beizutragen. Solche Bezüge richten sich auch in ihrer Höhe regelmäßig nach der Art und Dauer der geleisteten Tätigkeit und sind im allgemeinen von dem Gesundheitszustand und dem Grade der Erwerbsfähigkeit des Bezugsberechtigten unabhängig. Im übrigen muß der pensionsähnliche Bezug, wie das Reichsversicherungsamt in zahlreichen Entscheidungen ausgeführt hat, in seiner Fortdauer sowohl hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der zahlenden Stelle als auch hinsichtlich der sonstigen Gewähr des laufenden Genusses ausreichend gesichert sein (Hanow-Lehmann, Kommentar 4 Anm. 12 zu § 1237). Von diesen „pensionsähnlichen Bezügen" unterscheiden sich die nach dem Mannschaftsversorgungsgesetze gewährten Renten, wenn es sich nicht um sogenannte Kapitulantenrenten nach achtzehnjähriger Dienstzeit handelt, erheblich. Sie erwachsen nicht auf Grund einer längeren dienstlichen Tätigkeit und bilden somit keinen Entgelt für langjährige Dienste. Vielmehr werden sie für eine durch den Militärdienst herbeigeführte körperliche Beschädigung gewährt. Sie sollen die Verringerung der Erwerbsfähigkeit ausgleichen und sind daher in ihrer Höhe von dem jeweiligen körperlichen Zustande des Bezugsberechtigten abhängig. Wird die volle Erwerbsfähigkeit wiedererlangt, so fallen sie fort. Sie stehen also ihrem Wesen nach den Unfallrenten der Reichsversicherungsordnung nahe, deren Bezug eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung nicht mehr begründet (zu vgl. Begr. S. 392).

Auch in anderer Beziehung besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen Personen, die der § 1237 RVO. im Auge hat, und den im militärischen Dienst Beschädigten, unter denen die Kriegsbeschädigten auf absehbare Zeit die weitaus größte Zahl ausmachen werden. Im ersteren Falle handelt es sich um Personen, die ihre Arbeitskraft einem bestimmten Berufe zur Verfügung gestellt und in einem gewissen Grade auch aufgebraucht haben. Im Regelfall werden sie nach dem Ausscheiden aus ihrer Beschäftigung einer neuen Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen und ihren Lebensunterhalt zu einem wesentlichen Teile aus dem erworbenen Ruhegeld oder einem ähnlichen Bezuge bestreiten. Auch wenn sie die ihnen noch verbliebene Arbeitskraft in einer neuen Tätigkeit verwenden und sich dadurch eine neue Einnahmequelle verschaffen, so wird dieser doch gegenüber dem Ruhegeldsbezuge häufig keine entscheidende Bedeutung beizumessen sein. Das wirtschaftliche sichere Rückgrat ihrer Einkommensverhältnisse bildet, soweit nicht Einkommen aus Kapital usw. in Frage kommt, der sich stets gleichbleibende Ruhegeldsbezug. Durch ihn erscheint der Ruhegeldsempfänger auch für den Fall der Invalidität ausreichend gesichert. Wesentlich anders liegen die Verhältnisse bei den Kriegsbeschädigten. Es handelt sich hier um Personen im rüstigsten Mannesalter. Trotz ihrer körperlichen Beschädigung, für die sie die Militärrente erhalten, besteht allseitig der Wunsch und Wille, sie soweit als möglich dem Erwerbsleben wieder zuzuführen. Für ihre Lebenshaltung wird in den meisten Fällen daher nicht die Militärrente allein von entscheidender Bedeutung sein, zumal diese im Gegensatz zum Ruhegeld ihrer Natur nach kein sich stets gleich bleibender Bezug ist, sondern hinsichtlich der Höhe von dem Grade der Erwerbsfähigkeit abhängt. Vielmehr wird auch der Verdienst aus der trotz Kriegsbeschädigung ausgeübten Erwerbstätigkeit für die Lebensunterhaltung mit maßgebend sein. Hiernach trifft der § 1237 RVO. nur Personenkreise, für deren Freistellung von der Versicherungspflicht besondere, bei den Kriegsbeschädigten nicht vorliegende Erwägungen sprechen. Eine Gleichstellung der Militärrenten mit den in § 1237 RVO. angeführten Bezügen würde zu unerwünschten Folgerungen führen. Man würde dann in jedem der ohne Zweifel zahlreichen Einzelfälle zu untersuchen haben, ob eine solche Rente in einer bestimmten den Erfordernissen des § 1237 RVO. entsprechenden Höhe dauernd gewährt werden wird. Da diese Frage aber von dem Maße der Erwerbsfähigkeit des Kriegsbeschädigten abhängt und diese naturgemäß schwankt, auch häufig für eine längere Zeit im voraus schwer zu bestimmen ist, so würden hinsichtlich der Frage, ob gegebenenfalls eine ausreichend hohe Rente dauernd gewährt werden wird, sowohl bei den entscheidenden Versicherungsbehörden wie bei den Kriegsbeschädigten in tatsächlicher und rechtlicher Beziehung unerwünschte Unsicherheiten eintreten. Sie lassen sich vermeiden, wenn die Militärrenten des Mannschaftsversorgungsgesetzes begrifflich anders wie die im § 1237 RVO. behandelten Bezüge beurteilt werden. Hierzu führt auch noch folgende Erwägung. Es wäre zu bedauern, wenn die Kriegsbeschädigten infolge Befreiung von der Versicherungspflicht die Vorteile der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung verlieren würden. Vielfach handelt es sich um Personen, deren Erwerbsfähigkeit durch die Kriegsbeschädigung bereits wesentlich herabgesetzt ist. Sie stehen der Invalidität nahe und würden die Invalidenrente nach eingetretener Invalidität neben ihrer Militärrente erhalten können, wenn sie nicht von der Versicherungspflicht befreit worden wären und ihre Anwartschaft auf Rente verloren hätten. Ein Verlust der Anwartschaft ist aber zu befürchten, denn nach den bisherigen Erfahrungen

Digitized by Google

wird von dem Rechte der Weiterversicherung zur Erhaltung der Anwartschaft im allgemeinen nur ein unzulänglicher Gebrauch gemacht. Auch die Vorteile des Heilverfahrens, das für Kriegsbeschädigte bei ihrem geschwächten Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung sein wird, würde fortfallen. Alle diese Folgen träfen diejenigen Kriegsbeschädigten besonders schwer, bei welchen nach erfolgter Befreiung eine zum Fortfall der Militärrente führende wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit eintritt. Werden solche Kriegsbeschädigte später aus anderen Gründen invalide, bevor sie eine neue Wartezeit erfüllt haben, so erhalten sie weder eine Militärrente noch eine Invalidenrente.

Sprechsaal.

Die Angestelltenversicherungspflicht während des Krieges.

Hierüber ist uns folgende Zuschrift zugegangen:

Die Versicherungspflicht zur Angestelltenversicherung während des Krieges erfährt in Nummer 228 des „Vorwärts" im Zusammenhange mit dem Beschlusse des Bundesrats, die versicherungstechnische Bilanz der Angestelltenversicherung nach § 173 des Gesetzes bis zur Wiederkehr regelmäßiger Beschäftigungsverhältnisse einige Jahre nach Kriegsende aufzuschieben, eine Darstellung, die wegen ihrer leicht beunruhigenden Wirkung und in ihrem befremdlichen Widerspruche zu klaren gesetzlichen Bestimmungen nicht unwidersprochen bleiben darf. Der Vorwärts nennt den amtlichen Bericht von dem Aufschube der Bilanz „eine Illustration der Forderung auf Vereinheitlichung der Versicherungszweige; denn es könne doch im Grunde kein Mensch behaupten wollen, daß es ein gerechter Zustand sei, daß all den Vielen, die der Krieg vorübergehend der Angestelltenversicherung unterstellt hat, das Geld jahrelang in Form von recht ansehnlichen Beiträgen aus der Tasche genommen worden sei, ohne daß sie jemals eine Gegenleistung erhielten. Der größte Teil derjenigen, die jetzt in solchen Massen vorhanden seien, daß sie die Aufstellung der Bilanz unmöglich machten, werde später wieder aus den Reihen der Angestellten verschwinden. Sie hätten dann lediglich zugunsten der Sonderversicherung schwere Opfer bringen müssen."

Die Angestellten selbst machen mit belanglosen Ausnahmen, geschlossen und unterstützt von ihren früher vielfach anders denkenden, heute ebenso wie sie von der Notwendigkeit und den sozialen Vorzügen einer besonderen Angestelltenversicherung überzeugten Arbeitgebern gegen das Bestreben nach Zusammenlegung der Versicherungszweige Front. Gleichviel aber welche Stellung man zu der Frage einnimmt, rein sachlich ist nicht zu verstehen, was die von den Kriegsumwälzungen beeinflußte Zweckmäßigkeit einer versicherungstechnischen Bilanz mit der „Vereinheitlichung" zu tun, was für einen Vorteil insbesondere hiervon die Angestelltenschaft für die Aufstellung der Bilanz haben könnte. Vollends verfehlt und seitens der Schriftleitung eines großen Blattes einigermaßen unverantwortlich ist die Verquickung dieser Frage mit einer anderen, die gar nicht dahin gehört: dem Versicherungsverhältnis der sogenannten Kriegsangestellten. Auch dem Vorwärts dürfte die Verordnung des Bundesrats vom 30. September 1916 zugunsten der durch den Krieg vorübergehend in ein Angestelltenverhältnis gelangten Personen recht wohl bekannt sein. Danach sind diese Personen überhaupt nicht versicherungspflichtig zur Angestelltenversicherung. Anderseits ist es in ihre eigene Wahl gestellt, ob sie binnen Monatsfrist nach Inkrafttreten jener Verordnung bzw. nach dem Beginn eines sonst der Angestelltenversicherung unterliegenden Beschäftigungsverhältnisses durch Erklärung gegenüber dem Direktorium oder einem anderen Versicherungsorgan die Befreiung ablehnen, d. h. versichert werden wollen. Inwiefern eine solche allen billigen Wünschen entsprechende Regelung einem Angestellten schwere Opfer auferlegen müßte, dadurch daß sie ihm jahrelang ansehnliche Beiträge ohne Gegenleistung aus der Tasche zöge, bleibt das Geheimnis des Vorwärts, dem hier seine alte Abneigung gegen irgendwelche gesetzgeberische Rücksichtnahme auf die besonderen sozialen Bedürfnisse der Privatangestellten mit seiner besseren Einsicht durchgegangen zu sein scheint.

Berücksichtigung der Teuerungszulagen bei Beurteilung der Erwerbsfähigkeit.

Geh. Justizrat Baum weist im Sprechsaal der ArbVers. Heft 25 darauf hin, daß die durch die Kriegsverhältnisse bedingten Steigerungen des Verdienstes bei Prüfung, ob Invalidität vorliegt oder nicht, außer Betracht gelassen werden müßten, da nur in gewöhnlichen Zeiten aus der Höhe des Verdienstes ein sachgemäßer Rückschluß auf den körperlichen Zustand des Rentenbewerbers oder -beziehers zulässig sei.

Darüber, daß die Teuerungszulagen und ähnliches als Arbeitsverdienst im Sinne der RVO. zu gelten haben, besteht wohl kein Zweifel. Diese Ansicht findet auch in einem neuerdings ergangenen, Nr. 24 der ArbVers. abgedruckten Beschluß des Reichsversicherungsamts ihre Bestätigung.

Meines Erachtens nun ist bei Beurteilung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsentgelt, den der Versicherte zur Zeit des Rentenantrages oder der Rentenentziehung verdient, mit dem Lohne, den gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend zu derselben Zeit zu verdienen pflegen, in Beziehung zu bringen, um das Lohndrittel des § 1255 RVO. zu finden. Eine Beeinträchtigung des Versicherten durch die zur Zeit gewährten Teuerungszulagen erscheint dann doch wohl nicht gegeben, wenn z. B. bei einem Schuhmacher, dem Rente vor Kriegsbeginn bewilligt ist, und der eine Tätigkeit jetzt übernommen hat, nicht sein früherer Verdienst, sondern das Schuhmachern jetzt gewährte Arbeitsentgelt (inkl. Kriegszulagen) bei Berechnung der Verdienstgrenze in Betracht gezogen wird. Oberstadtsekretär Gruß in Berlin.

Anmerkung der Schriftleitung: Herrn Geheimrat Baum ist die Vorschrift des § 1255 RVO. und ihre Bedeutung sicher nicht entgangen, und sie steht auch mit dem Sinne seiner Bemerkung nicht in Wider-

Digitized by Google

spruch. Denn diese hat eine allgemeinere Bedeutung; sie bezieht sich auf die Unfallversicherung und hat im wesentlichen die Absicht, dem Mißverständnis vorzubeugen, als könne aus einer Lohnsteigerung, die ihren wahren Grund in den Teuerungsverhältnissen hat, ohne weiteres auf eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit geschlossen werden.

Arbeitseinschränkung bei Behörden und öffentlichen Körperschaften während des Krieges.

Der preußische Minister des Innern hat, im Einvernehmen mit den Ministern für andere Gebiete der Staatsverwaltung, an die ihm unterstellten Behörden eine Verfügung vom 6. August 1917 (MinBl. f. innere Verw. S. 187) erlassen, durch die zur Ersparung von Arbeitskräften die Staatsbehörden allgemein ermächtigt werden, während der Dauer des Krieges alle Arbeiten, die nicht unmittelbar oder mittelbar den Zwecken der Kriegführung oder Volksversorgung dienen, nach Möglichkeit einzuschränken, insbesondere, soweit es nach pflichtmäßigem Ermessen im Einzelfalle ohne Schädigung wichtiger Staatsaufgaben und -interessen geschehen kann, unwichtige Arbeiten völlig einzustellen und solche, die der baldigen Erledigung nicht bedürfen, zurückzustellen. Aus der großen Reihe der Arbeiten, die in der Verfügung als Beispiele unwichtiger Arbeiten angeführt werden, heben wir nur hervor: die Einreichung der Jahresberichte der privaten Versicherungsunternehmungen, die Einreichung mancher anderen Jahresberichte, Statistiken, Nachweisungen, insbesondere auch die Vorlage der Verwaltungsberichte der kleineren Versicherungsgesellschaften, Sterbekassen usw. durch die Versicherungsrevisoren. Von den Beispielen für Sachen, die der baldigen Erledigung nicht bedürfen, erwähnen wir nur: Streitsachen zwischen Armenverbänden über geringfügige Beträge. Der Minister spricht die Erwartung aus, daß durch solche Arbeitseinschränkung und Erleichterung die gewünschte Entlastung der den Behörden verbliebenen Arbeitskräfte erreicht und das Zurückgreifen auf Hilfsdienstpflichtige vermieden werden wird.

Sollte sich nicht, was hier für Behörden verordnet ist, in ähnlicher Weise auch im Geschäftsbetriebe öffentlicher Körperschaften, insbesondere auch der Versicherungsträger empfehlen und ohne Schaden durchführen lassen? Einiges in dieser Richtung ist ja schon geschehen. Die Verlängerung der Amtsdauer der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern (zu vgl. zuletzt: ArbVers. 1917 S. 82) hat zwar andere sachliche Gründe, dient aber doch auch zugleich der Verminderung der Arbeitslast bei Behörden und Versicherungsträgern durch Wegfall der mit der Vorbereitung und Durchführung von Wahlen verbundenen, sehr umfangreichen und zeitraubenden Arbeiten. Ferner kommen in Betracht die Bestimmungen über die vereinfachte Berichterstattung der Krankenkassen auf Grund der §§ 366, 367 RVO. (zuletzt: ArbVers. 1916 S. 807). Manches aber könnte noch ohne behördliche Anordnung oder Ermächtigung geschehen. Die Bemerkungen von Swolinzky über Jahresberichte und Statistiken bei den Krankenkassen in ArbVers. 1917 Heft 23 S. 529 ff. enthalten einiges, was sich auch auf andere Versicherungsträger, natürlich mit gewissen Anpassungen, übertragen lassen mag. Und wenn in der Verfügung des Ministers auf „Streitsachen zwischen Armenverbänden über geringfügige Beträge" verwiesen ist, so darf an die vielen Streitsachen zwischen Versicherungsträgern und Armenverbänden oder zwischen Versicherungsträgern untereinander erinnert werden, in denen es sich nicht selten um ganz geringfügige Werte handelt (zu vgl. als besonders sprechendes Beispiel: ArbVers. 1916 S. 807, Anm. S. 808!). Hier könnte viel Zeit und Kraft gespart werden, wenn man sich aus dieser Rücksicht bereitwilliger zu einer Verständigung entschlösse.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen.

In den zwei letzten Jahren hat der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen nur Konferenzen abgehalten; die Wichtigkeit und der Umfang der zu erledigenden Aufgaben ließ es aber unerläßlich erscheinen, in diesem Jahre wieder eine Mitgliederversammlung, und zwar die 22., abzuhalten. Sie fand in den Tagen vom 17. bis 19. September in Dresden statt. Infolge der durch die Reichsversicherungsordnung eingeführten Beschränkung in der Vertretung der Kassen ist die Beschickung der Tagung nicht so umfangreich als in der letzten Friedenszeit. Immerhin sind 184 Arbeitgeber, 213 Versicherte und 185 Kassenangestellte als Vertreter erschienen. Sie vertreten rund vier Millionen Kassenmitglieder. Vertreter der Behörden sind zahlreicher als sonst erschienen; zum erstenmal ist auch der Präsident des Reichsversicherungsamtes Dr. Kaufmann erschienen.

In seinen Eröffnungsworten berührt der Verbandsvorsitzende Fräßdorf-Dresden auch den Krieg. Mit Wehmut sei der Opfer zu gedenken, die gebracht worden sind. Auch daheim sei, namentlich von den Frauen außerordentliches geleistet worden. Der Krieg, der mit manchen Vorurteilen aufgeräumt habe, müsse auch eine Neuordnung in der Krankenversicherung bringen. — Nach Begrüßungsansprachen des Vertreters der sächsischen Regierung Regierungsrat Henke und des Oberbürgermeisters Dr. Bläher wird in die Erledigung der umfangreichen Tagesordnung eingetreten.

Den ersten Hauptteil der Beratungen bilden die Fürsorgebestrebungen der Krankenkassen. Zunächst spricht der Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann über die Zukunftsaufgaben der Krankenkassen. Der Krieg habe auch in die Verhältnisse der Krankenkassen tief eingegriffen und ihnen eine gewaltige Belastungsprobe gestellt, die sie glänzend bestanden haben. Die bei Kriegsausbruch vorhandenen Befürchtungen seien nicht eingetroffen. Die soziale Fürsorge müsse für die schwere Zeit nach dem Kriege ein unangreifbarer Besitzstand unseres Volkes sein. Sie müsse an die Quelle des Übels gehen und nicht nur heilen, sondern auch vorbeugen, nicht nur Schutz dem Schwachen, sondern auch Schutz vor Schwächung gewähren. Schon seither haben die Kassen in dieser Richtung Vorzügliches geleistet und seien dem Gesetz voraus geeilt. Vor allem gelte es, den drei Volksseuchen Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Trunksucht entgegen zu wirken. In enger Beziehung mit allen drei stehe das Wohnungselend. Die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse könne von den

Digitized by Google

Krankenkassen sehr gefördert werden, namentlich auch durch Gewährung mündelsicherer Darlehen zum Zwecke der Errichtung von Kleinwohnungen. Bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten werde man um die Zwangshospitalisierung nicht herumkommen. Auch die Kriegsbeschädigtenfürsorge, für die 394 Verbandskassen 3¼ Millionen Mark an Kranken- und Sterbegeld aufgewendet haben, sei fortgesetzt im Auge zu behalten. Die Krankenkassenverwaltungen könnten aber auch praktisch ein übriges tun, indem sie Kriegsbeschädigte als Arbeitskräfte aufnehmen. Unsere Zeit duldet keine brachliegende wertvolle Arbeitskraft. Bei den Kriegsverstümmelten ist auch eine pflegerische Tätigkeit auszuüben. Weiter müssen die Aufgaben der Krankenkassen auf den Dreiklang Kind, Mutter und Familie abgestimmt werden. Die Erfordernisse auf diesem Gebiete waren niemals so groß wie jetzt. Dabei sind besonders die unehelichen Kinder zu schützen. Die so segensreich wirkende Kriegswochenhilfe ist mit in den Frieden hinüber zu nehmen. Zur Verminderung der Säuglingssterblichkeit ist darauf hinzuwirken, daß den Säuglingen nicht die natürliche Nahrung, die Mutterbrust, verloren geht. Zu den Aufgaben der Krankenkassen gehört auch der Ausbau der Familienhilfe. Jedem Angehörigen der Familie des Versicherten muß ärztliche Hilfe gewährt werden. Auch bei der Bekämpfung des Geburtenrückganges könnten die Krankenkassen mitwirken. Bedenke man allerdings die durch die ausgedehnte Arbeitszeit, besonders von Frauen, und durch die Ernährungsverhältnisse bedingte Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Versicherten, so seien die Besorgnisse der Krankenkassen um geldliche Belastung nicht ungerechtfertigt. Der Wunsch sei begreiflich, daß die Gesetzgebung Maßnahmen trifft, um den Krankenkassen über die Schwierigkeiten hinwegzuhelfen. Immerhin müsse die Hoffnung ausgesprochen werden, die Ortskrankenkassen im Kampfe um die Erhaltung und Vermehrung unserer lebendigen Kräfte in erster Reihe zu finden. Redner ging zum Schluß auf das Zusammenarbeiten der Kassen mit den Versicherungsbehörden ein, das die Lösung all der vielseitigen Aufgaben erleichtere.

Nach diesen mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Ausführungen wird in die Beratung von Einzelfragen der Fürsorgetätigkeit eingetreten. Zunächst sprach Oberarzt Dr. Rott-Berlin über die Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. In Deutschland bestehe erst seit zehn Jahren ein planmäßiger Mutterschutz. Es sei unsere Aufgabe, die gesund geborenen Säuglinge zu erhalten, und die meisten Säuglinge seien gesund geboren. Allerdings müßten die eigentlichen Träger der Säuglingsfürsorge die Gemeinden sein, es könnten aber doch die Krankenkassen wirksam mithelfen. Wenngleich eine gesteigerte Mitarbeit der Kassen von einer Änderung der Reichsversicherungsordnung und der Gewährung von Reichszuschüssen abhängt, so können die Kassen doch ihre jetzigen Wochenhilfeleistungen ausgestalten. Zu erstreben ist die Gewährung von Wöchnerinnenheimpflege. Die Errichtung von Mütterheimen ist unter geldlicher Beteiligung der Kassen bei den Gemeinden und Gemeindeverbänden anzustreben. Zu gewähren sei weiter die Hauspflege ohne Abzug von Wochengeld, Schwangeren- und Geburtshilfe sowie Stillgeld an solche Versicherte, die darauf nach den Bundesratsverordnungen keinen Anspruch haben. Familienhilfe einschließlich der ärztlichen Behandlung und Wochenhilfe usw. Wert sei ferner auf Aufklärung durch Wanderausstellungen, Vorträge und Schriftenverteilung und auf eine ersprießliche Zusammenarbeit mit den Säuglingsfürsorgestellen zu legen. Die Errichtung solcher Fürsorgestellen sei überall bei den zuständigen Stellen anzuregen. Die Krankenkassen sollten Zuschüsse leisten. Die Wöchnerinnen seien stets an die Fürsorgestellen zu verweisen. Durch die Krankenordnung müßten sie verpflichtet werden, die Stillbescheinigungen von den Fürsorgestellen zu beschaffen.

Die Fürsorge für Lungenkranke behandelt Oberstabsarzt Dr. Beschorner-Dresden. Er legte seinen Ausführungen den Satz zugrunde: „Die Toten lehren die Lebenden". Der menschliche Körper sei der tuberkulösen Erkrankung außerordentlich häufig, in etwa 91 bis 96 v. H., unterworfen. Die Krankenkassen könnten viel zur Bekämpfung der Seuche unternehmen. Ihre tatkräftigste Mitarbeit sei zu wünschen, um so mehr als die Kriegsverhältnisse eine weitere Ausbreitung der Tuberkulose befürchten lassen. Die Mitwirkung der Kassen kann in folgender Weise geschehen: Aufklärung über Entstehen, Kennzeichen, Verhütung und Behandlung der Tuberkulose durch Vorträge, Wanderausstellungen, Schriftenverteilung. Genaue und frühzeitige Feststellung der Diagnose, auch auf Antrag der Fürsorgestellen. Die Einrichtung diagnostischer Untersuchungsstellen durch die Kassen oder durch Kassenverbände ist anzustreben. Besondere Krankenpflege, erforderlichenfalls in Ambulatorien der Krankenkassen, Immuntherapie, Unterbringung in Walderholungsstätten, Genesungsheimen und Heilstätten, ferner Gewährung von Krankenkost (auch an Arbeitsfähige), Hauspflege, schließlich Mitwirkung bei der Wohnungsfürsorge. Fürsorgestellen müßten allerorts mit Hilfe der Gemeinden errichtet werden. Die Kassen sollen Zuschüsse leisten und an der Verwaltung beteiligt sein. Jeder Tuberkulosefall ist von ihnen der Fürsorgestelle zu melden. Deren besondere Heilmaßnahmen für Versicherte sind wiederum den Kassen anzuzeigen und gemeinsam mit ihnen durchzuführen. Mit den Versicherungsanstalten ist enge Zusammenarbeit zu pflegen.

Die Fürsorge für Geschlechtskranke wird von Sanitätsrat Dr. Cohn-Dresden besprochen. Er führt etwa folgendes aus: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist in erster Linie Sache der Krankenkassen. Durch die Erscheinungen während des Krieges werden die Kassen genötigt, sich dieser Aufgabe in erhöhtem Maße zu widmen. Die dadurch entstehenden Mehraufwendungen, auch für vorbeugende Maßnahmen, müssen ohne Rücksicht auf ihre Höhe von den Kassen getragen werden. Die Fürsorge muß in diskreter Weise einsetzen. Geschlechtskranke müssen so schnell als möglich einen in diesem Fache besonders erfahrenen (Spezial-) Arzt aufsuchen können; in einzelnen dringenden Fällen auch ohne vorher den Nachweis des Anspruchs auf freie ärztliche Behandlung beizubringen. In den meisten Fällen ist es möglich, Geschlechtskranke ohne Krankenhauspflege zu behandeln. Bei Zuwiderhandeln gegen die ärztlichen Vorschriften soll Überweisung in ein Krankenhaus erfolgen. Bei der Syphilis ist durch energische Quecksilber-Salvarsanbehandlung eine Beseitigung der Ansteckungsgefahr auch ohne Krankenhauspflege möglich. Die Beratungsstellen kommen im allgemeinen für Kassenangehörige in frischen Erkrankungsfällen nicht in Betracht, wohl aber für die Heranziehung der nicht geheilt aus der Behandlung fortbleibenden Kranken. Zu diesem Zwecke sind die Geschlechtskranken in besonderen Listen durch die Ärzte zu führen, und die nicht Geheilten sowie die

Digitized by Google

einer späteren wiederholten Behandlung Bedürftigen und die Nachbehandelten der Kasse mittels besonderer Meldekarte bekanntzugeben. Die Krankenkasse meldet die ihr bekannt werdenden, Nachbehandlung erfordernden Fälle der zuständigen Beratungsstelle für Geschlechtskranke, falls die Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle gewährleistet ist. Die Landesversicherungsanstalt soll sich auch an den Kosten der vorbeugenden Nachbehandlung beteiligen. Die Kassen sollen die Nachbehandlungsfälle besonders überwachen, damit die Nachbehandlung rechtzeitig erfolgt. Eine entsprechende Vorschrift kann in die Krankenordnung aufgenommen werden. Wünschenswert ist es, wenn sämtliche Krankenkassen eines Bezirks, in dem sich eine Beratungsstelle nicht befindet, eine gemeinsame Meldestelle für Geschlechtskranke errichten.

Die fachärztliche Behandlung der chronischen Beinleiden erörtert unter Benutzung von Lichtbildern Spezialarzt Dr. Brann-Berlin. Nach seinen Darlegungen sind die chronischen Beinleiden unter den krankenversicherten Bevölkerungskreisen weitverbreitet und legen den Krankenkassen hohe Kosten auf. Daher sollten die Krankenkassen dieser Krankheitsgruppe erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden und bei der Krankenstatistik besonders erfassen. Fachärztliche Behandlung verhütet bis auf einen geringen Bruchteil die Arbeitsunfähigkeit oder verkürzt doch ihre Dauer, entlastet dadurch die Krankenkassen und erspart den Kranken erhebliche Leiden und Verdienstausfälle. Im eigenen Interesse wie dem der Beinleidenden sollten daher die Krankenkassen Vereinbarungen mit Fachärzten treffen. In Bezirken mit hinreichender Mitgliederzahl empfiehlt sich für Krankenkassen (Kassenverbände) die Errichtung eigener Einrichtungen für Beinleidende, die den neuzeitlichen, fachärztlichen Anforderungen entsprechen. Die Versicherungsanstalten müßten zur Beteiligung an diesen Einrichtungen veranlaßt werden.

Die Aussprache über die Vorträge brachte manche Ergänzung. Gräf-Frankfurt a. M. lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf die Dringlichkeit der Weiterführung der Reichswochenhilfe. In der Fürsorgetätigkeit dürften allerdings die Krankenkassen bestehenden anderweiten Einrichtungen keine Konkurrenz machen, sondern müßten sich diesen anschließen. Redner empfiehlt besonders, die Hauspflegevereine zu fördern, wo solche bestehen. Kohn-Berlin wünscht die Krankenkontrolle auszubauen, damit die Kontrolleure die Wohnungen der Kranken untersuchen und bei Mißständen Abhilfe vermitteln. Präsident Dr. Kaufmann will die unheilbaren Lungenkranken nicht in Siechenhäuser untergebracht haben, womit man ihnen die Hoffnung auf Besserung nehme. Diese Kranken gehören in Krankenhäuser, die besonders zu diesem Zwecke auszubauen sind. Damit bleiben die Beziehungen der Kranken zu ihren Angehörigen aufrechterhalten. Weiter weist Redner besonders auf die Bedeutung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke hin. Gegen allzu große Dezentralisation derselben habe er Bedenken. Geschäftsführer Lehmann-Dresden führt aus, daß in der Frage der Beratungsstellen bei den Krankenkassen eine gewisse Mißstimmung gegenüber dem Verhalten der Versicherungsanstalten herrsche, die es nicht verstanden hätten, mit den Kassen zusammen zu arbeiten. Die Versicherungsanstalten sollten etwas mehr Entgegenkommen und soziales Verständnis zeigen. — Die zu einzelnen behandelten Fragen vorliegenden Leitsätze werden meist einstimmig angenommen.

Zur Änderung der Reichsversicherungsordnung liegen Vorschläge gedruckt vor. Sie zerfallen in „Änderung unzweckmäßiger Vorschriften", die 21 Punkte, und in „dringliche grundsätzliche Änderungen", die rund 30 einzelne Forderungen vorsehen. Zunächst referiert Justizrat Dr. Mayer-Frankenthal über die Angelegenheit. Er stellt das Bevölkerungsproblem an die Spitze seiner Erörterungen. Die ungeheuren Wirkungen des Krieges zwingen, an dieses Problem heranzutreten. Hier sei die Plattform, auf der sich die Gegensätze, die sich bei der Schaffung des Gesetzes zeigten, die Hände reichen könnten. Hier müßten auch die Gegensätze zwischen Ärzten und Krankenkassen gelöst werden. Das Ziel der Krankenkassen beim Umbau der Reichsversicherungsordnung müsse sein: erstens die Erhöhung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kassen, zweitens die Erhöhung der Fürsorge. Im einzelnen schlägt Redner vor, bei der Versicherungspflicht der Angestellten die Einkommensgrenze auf 4000 ℳ, bei der Versicherungsberechtigung auf 6000 ℳ zu erhöhen. Die Befreiungsmöglichkeiten von der Versicherungspflicht sind aufzuheben. Letztere sei auch auf Betriebsinhaber auszudehnen, die nicht mehr als fünf Personen gegen Entgelt beschäftigen. Die gegenwärtige Wochenhilfe sei in einigen Leistungen auszugestalten und als Regelleistung beizubehalten. Das Reich müsse allerdings Zuschüsse leisten. Auch die Familienhilfe müsse Pflichtleistung werden. Hinsichtlich der Organisation fordert Redner, daß es nur allgemeine Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen mit mehr als 3000 Versicherten geben soll. Der Abschnitt über die Ersatzkassen sei gänzlich zu streichen.

Der zweite Referent Rechtsanwalt Dr. Baum-Berlin führt aus, daß die Fesseln und Schranken, die parteipolitisches Mißtrauen den Krankenkassen aufgedrängt haben, fallen müssen. Auch in die Krankenversicherung habe der Geist des Vertrauens vom 4. August 1914 einzuziehen. Das Interesse einzelner Stände müsse zurücktreten, denn auch hier gelte der alte Satz, daß höchstes Gesetz das Volkswohl, die Volksgesundheit sein müsse. Referent geht dann auf die Selbstverwaltung näher ein. Niemand könne behaupten, daß durch die gegenwärtigen Vorschriften über die Wahl des Vorsitzenden die Sozialdemokratie bekämpft und geschwächt und die Stellung der Arbeitgeber gehoben wurde. Dagegen wurde erzielt, daß wegen der Wahl des Vorsitzenden umfangreiche Streitigkeiten in die Kassenorgane eingezogen sind. Die einschlägigen Bestimmungen seien daher zu streichen. Auch die Vorschriften über die Wahl der Kassenangestellten sind aufzuheben, nachdem es angängig ist, daß Sozialdemokraten selbst Unterstaatssekretäre werden könnten. Die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen von Kassenvereinigungen soll, wenn sie gemäß § 414 RVO. beschlossen ist, keinen weiteren Beschränkungen unterliegen. Die Dienstordnungen sollen nicht mehr der Genehmigung des Oberversicherungsamts unterliegen.

In der Aussprache hierüber wird von Rundé-Hamburg eine Änderung des Wahlsystems zu den Versicherungsbehörden für notwendig gehalten. Iserlohn-Remscheid verlangt, daß die Krankheitskosten bei Betriebsunfällen vom ersten Tage an von den Berufsgenossenschaften getragen und den Krankenkassen erstattet werden. Gräf-Frankfurt a. M. ist der Meinung, daß nach dem Kriege die Beiträge, selbst wenn sie auf 6 v. H. erhöht würden, nicht ausreichen, um das finanzielle Gleichgewicht herzustellen. Die Folgen des Krieges werden nicht die einzigen Ursachen hierbei sein, vielmehr

Digitized by Google

werden noch andere Anforderungen an die Kassen herantreten, so erhöhte Ansprüche der Ärzte und Kassenangestellten, Erhöhung der Krankenhauskosten usw. — Im übrigen dreht sich die Aussprache darum, ob die Betriebskrankenkassen gänzlich zu beseitigen oder nur auf die ganz großen Kassen zu beschränken sind. Justizrat Dr. Mayer-Frankenthal wendet sich gegen die Aufstellung unerreichbarer Forderungen. Damit werden nur weite Kreise abgeschreckt. Hierauf wird ein Antrag angenommen, nach dem die gedruckt vorliegenden Vorschläge dahin geändert werden, daß es „nur Allgemeine Ortskrankenkassen geben" soll. Im übrigen werden die Leitsätze einem Ausschuß übergeben, der die Abänderung der Reichsversicherungsordnung weiter verfolgen soll.

Hierauf wird „die Arztfrage" von Geschäftsführer Lehmann-Dresden behandelt. Die Hoffnung, daß das Berliner Abkommen Frieden bringe, habe sich nicht erfüllt. Die Ärzte versuchten weiter die Forderungen des Leipziger Verbandes durchzusetzen. Über Fragen der Auslegung des Berliner Abkommens sei man zu keiner Einigung gekommen. Wenn die gegenwärtig bestehende gereizte Stimmung anhalte, sei zu befürchten, daß es wieder zu neuen Kämpfen kommt. Würden diese den Kassen aufgezwungen, so würden sie nicht ausweichen. Die Forderung der allgemeinen Durchführung der freien Arztwahl sei eine Utopie. Sie ist auch nicht das einzige Mittel, um die Ärzte aus ihrer wirtschaftlichen Bedrängnis herauszuheben. Wie aus einer Umfrage hervorgehe, haben die Kassenmitglieder auch nicht ein so großes Bedürfnis nach den „freigewählten" Ärzten. Redner begründet dann folgende Leitsätze:

„Die wirtschaftlichen Ziele des Leipziger Ärzteverbandes sind mit den Grundlagen der Krankenversicherung unvereinbar, daher konnte das Berliner Abkommen den Frieden in der Arztfrage nicht bringen. Da die Krankenpflege allgemein nur als Sachleistung zu gewähren ist, sind die Krankenkassen rechtlich gebunden; die Ärzte dagegen können ihr durch die Krankenversicherung eingeführtes Behandlungsmonopol wirtschaftlich frei verwerten. Diese Rechtsungleichheit muß beseitigt werden. Die Gesetzgebung muß den ärztlichen Beruf der Sozialversicherung baldigst eingliedern, wenn deren durch den Krieg erweiterte Aufgaben gelöst werden sollen. Dabei sind die Grundlagen des Berliner Abkommens, die sich bewährt haben, zu übernehmen; das Schiedsverfahren ist jedoch durch Verhandlungszwang und durch Schaffung einer Revisionsinstanz auszubauen. Jeder Zwang, mehr als die im Berliner Abkommen bestimmte Zahl von Ärzten anzustellen, ist auszuschließen. Dieser ausreichenden Zahl von Ärzten sind angemessene Bedingungen zu bieten. Sind nicht genügend Ärzte zu angemessenen Bedingungen zur Kassentätigkeit bereit, so sollen Barleistungen an die Stelle der Krankenpflege treten. Krankenkasse und Arzt dürfen durch Kollektivverträge und Überwachungsausschüsse nicht getrennt werden. Die ärztlichen Standesordnungen sind zu wirtschaftlichen Zielen nicht mehr zu benutzen.

Ablaufende Verträge sollen erst nach Friedensschluß erneuert werden. Es ist zu beachten, daß die Wirtschaftslage noch mehr als bisher dazu zwingt, alle Kräfte zusammenzufassen und haushälterisch zu benützen. Daher gilt für Arztverträge als grundlegend: Die Zahl der Ärzte ist auf das im Berliner Abkommen bezeichnete Maß zu beschränken. Für die Höhe der ärztlichen Vergütung ist das kassenärztliche Gesamteinkommen und die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu berücksichtigen. Die Familienhilfe ist keineswegs höher als die Mitgliederbehandlung zu vergüten; andernfalls kann ein Barzuschuß für ärztliche Hilfe gewährt werden. Bei Berechnung der ärztlichen Vergütung und Regelung des ärztlichen Dienstes sind die Krankenkassen durch Vertreter zu beteiligen. Verträge sollten von den Krankenkassen erst nach Begutachtung durch ihre zuständige Kassenvereinigung geschlossen werden."

In der Aussprache bringt Kohn-Berlin Auszüge aus der ärztlichen Fachpresse zur Verlesung, in denen von der „verschwenderischen Ausgestaltung des Krankengeldes" die Rede ist. Fräßdorf-Dresden wendet sich gegen die Behauptung, die Krankenkassen bezahlten zu schlecht. Manche Kassen bezahlten Honorare von 30 000 bis 36 000 ℳ an einzelne Ärzte. Trotzdem werden Erhöhungen verlangt. Ohne Zustimmung des Hauptverbandes sollte kein Vertrag mit den Ärzten abgeschlossen werden. Die Leitsätze werden einstimmig angenommen.

Über die Arzneiversorgung der Krankenkassen spricht Kassenvorsitzender Braß-Remscheid. Er bedauert die Zurückhaltung der Regierung gegenüber den Preistreibereien auf dem Arzneimittelmarkt. In seinen Leitsätzen verlangt Redner noch, daß die Kassen zur Selbsthilfe greifen. Leider finden sie meist nicht die Unterstützung maßgebender Behörden. Die Kassen können beanspruchen, daß sie vor Aufstellung der Arzneipreise und Handverkaufslisten gehört und daß ihre Wünsche beachtet werden. Der überwiegende Einfluß der Apotheker auf die Verwaltungsbehörden ist zurückzudrängen. Als Mittel zur Selbsthilfe kommen in Betracht: Selbstabgabe von freigegebenen Arznei- und Heilmitteln, Zulassung der Drogisten, Vereinbarungen mit den Apothekern, Zulassung fabrikmäßiger Zubereitungen der Rezeptur und des Handverkaufs, die von den Ärzten häufig verordnet werden; Nachprüfung der Verordnungsweise der Ärzte und der Berechnungen der Apotheker; Vereinbarung einer Anleitung zu wirtschaftlicher Verordnungsweise mit den Ärzteorganisationen. Das Verhältnis der Krankenkassen zu den Apothekern kann bei den gegenwärtigen wirtschaftlichen und rechtlichen Grundlagen des Apothekerberufes nicht befriedigend gestaltet werden. Daher ist die schleunige Umgestaltung des Apothekenwesens durch Überführung der Apotheken in gemischtwirtschaftliche Gemeindebetriebe zu fordern. — Dieser Entschließung wurde einstimmig zugestimmt.

Die Vereinbarungen zur Durchführung der §§ 219 ff. RVO., die zwischen den Krankenkassenhauptverbänden vor dem Reichsversicherungsamt getroffen sind, befriedigen nicht. Verwaltungsdirektor Frenzel-Dresden bespricht einige zu beantragende Änderungen. Sie betreffen den § 4 der Abmachungen, der von der Höhe der Erstattungen an die aushelfende Kasse handelt. Es sollen die nachgewiesenen Kosten in voller Höhe ersetzt werden. Für eine Krankenkontrolle sind 50 ₰ zu ersetzen usw. Es wird zugestimmt.

Die Gründung einer Ruhegehaltsversicherung für die Angestellten deutscher Krankenkassen bespricht Fräßdorf. Es wird der Verbandsvorstand beauftragt, gemeinsam mit den übrigen Krankenkassenhauptverbänden die Vorarbeiten für eine solche Versicherung aufzunehmen. Dieselbe soll möglichst noch in diesem Jahr ins Leben treten. Die Satzung der Versicherung soll gleichermaßen das Selbstverwaltungsrecht der Kassen wie die Interessen der Angestellten wahrnehmen. Die von den Direktoren der vier thüringischen Oberversiche-

Digitized by Google

rungsämter geplante allgemeine Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen wird als unzweckmäßig erklärt. Es werden die Krankenkassen ersucht, sich an dieser Gründung nicht zu beteiligen.

Hierauf wird zur Gründung einer Ausstellungsvereinigung der Ortskrankenkassen geschritten. Nach der Geschäftsordnung liegt der Vereinigung ob, durch Veranstaltung von Ausstellungen und Vorträgen für den Ausbau der Volksgesundheitspflege, namentlich der Krankheitsverhütung zu wirken. Die Vereinigung wird geleitet von einem Ausschuß, der sich aus 5 Personen zusammensetzt. Die nötigen Geldmittel werden teils vom Hauptverband, teils durch Umlage aufgebracht. Man beschließt entsprechend.

Zur Änderung der Verbandssatzung liegt ein vom Verbandsvorstand ausgearbeiteter Entwurf vor. Nach diesem ist der Verband eine Kassenvereinigung im Sinne des § 414 RVO. in der Form eines eingetragenen Vereins. Durch die Änderungen wird ein Beirat neu geschaffen und der Vorstand erweitert. Die Beiträge werden auf ein Drittel Pfennig pro Kassenmitglied und Jahr, jedoch höchstens 500 ℳ, erhöht. Der Aufgabenkreis des Verbandes erfährt eine Erweiterung. Zu dem Entwurf liegen einige Abänderungsanträge von den Unterverbänden der Ortskrankenkassen in Bayern r. d. Rh., Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, am Rhein, vor. Es werden eine Anzahl Beschlüsse hierzu gefaßt.

Den Geschäftsbericht erstattet Lehmann-Dresden. Am Jahresschluß 1916 zählte der Verband 1063 Ortskrankenkassen mit 5 285 229 Mitgliedern. Hiernach vertritt der Verband $^3/_4$ der ortskassenpflichtigen Versicherten. Die Zahl der Unterverbände beträgt 23. Die Kassenberichte zeigen eine Einnahme und Ausgabe beim Verlag von 95 828 ℳ, bei der Beratungsstelle für Heilmittelwesen von 21 938 ℳ und beim Verband von 77 017 ℳ. Das vorhandene Vermögen beträgt 42 265 ℳ.

Die Neuwahl des Vorstandes hatte folgendes Ergebnis: J. Fräßdorf, Dresden, Vorsitzender; Rechtsanwalt Benndorf, Dresden, stellv. Vorsitzender; Justizrat Dr. Mayer, Frankenthal; Kommerzienrat Simon, Berlin; Prokurist Sieberts, Düsseldorf; Kassenvorsitzender Gräf, Frankfurt a. M.; Direktor Kohn, Berlin; Kassenvorsitzender Leichsenring, Straßburg; Kassenvorsitzender Rhein, Bremen; Stadtverordneter Scholich, Breslau; Stadtverordneter Hof, Karlsruhe, Stadtverordneter Würz, Stuttgart, als Beisitzer.

Die nächste ordentliche Mitgliederversammlung soll in Kassel stattfinden. In einem Schlußwort gibt Fräßdorf einen Rückblick auf die Tagung, die außerordentlich wichtige und hoffentlich fruchtbringende Arbeit geleistet habe.

Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassenangestellten.

Von der Kommission zur Beratung des Satzungsentwurfs für die Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassenangestellten (in Erfurt; Vorsitzender: Geheimer Regierungsrat Krause in Gera) ist uns folgendes Schreiben mit dem Ersuchen um Veröffentlichung zugegangen:

„Seit langem geht der Wunsch der Krankenkassenangestellten dahin, Ruhegehalt seitens ihrer dienstgebenden Krankenkassen zu erhalten und zwar höhere Bezüge, als ihnen jeweils aus der sozialen Versicherung in Aussicht stehen. Auch die Vorstände der meisten Krankenkassen stehen im großen und ganzen diesem berechtigten Wunsche ihrer Angestellten wohlwollend gegenüber, in der Erkenntnis, daß den Kassen durch Verleihung der Ruhegehaltsberechtigung bedeutend besser befähigte Angestellte erhalten werden könnnen. Um die Lasten, welche den Kassen bei der Ruhegehaltsberechtigung eines Angestellten erwachsen müßten, möglichst auf ein Mindestmaß zu beschränken, ist von vielen Krankenkassen wiederholt die Anregung gegeben worden, sich zu einer Rückversicherung mit dem Zwecke der Aufbringung der erforderlichen Mittel für die Versorgung der in den Ruhestand tretenden Angestellten zusammenzuschließen. Die auf fruchtbaren Boden gefallene Anregung hat nunmehr ihre Verwirklichung gefunden. Eine große Anzahl von Vorständen und Angestellten von Krankenkassen haben im Mai d. J. eine Kommission gewählt, welche unter Mitwirkung von Direktoren von Oberversicherungsämtern einen Satzungsentwurf für eine Ruhegehaltsversicherung vorzubereiten hatte.

In kurzen Zügen handelt es sich um eine Rückversicherung der Krankenkassen selbst für die von ihnen ihren Angestellten zu gewährenden Ruhegehaltsbezüge. Nach eingehender Beratung mit versicherungstechnischen Sachverständigen, privaten sowohl als auch solchen des Reichsamts des Innern und des Reichsversicherungsamts, ist ein festes Beitragsverfahren vorgesehen worden. Die Beiträge zur Ruhegehaltsversicherung werden die jetzigen Ausgaben der Kassen für die soziale Versicherung ihrer Angestellten noch nicht erreichen.

Als Leistungen werden gewährt Ruhegehalt, Hinterbliebenenfürsorge und Heilverfahren. Die Höhe des Ruhegehalts soll nach erfülltem 40. Dienstjahre 75 Hundertstel des zuletzt bezogenen Diensteinkommens erreichen, damit allen Kassen die Möglichkeit geboten ist, der Versicherung beitreten zu können. Die Beschränkung des Ruhegehalts auf 75 Hundertstel macht sich erforderlich, um auch Krankenkassen derjenigen Bundesstaaten, in denen die Staats- und Gemeindebeamten nur 75 v. H. ihres Endgehaltes als Ruhegehalt beziehen, den Beitritt zur Ruhegehaltsversicherung zu ermöglichen. Denn in diesen Bundesstaaten werden die Kassenbeamten kein höheres Ruhegehalt empfangen dürfen, als die entsprechenden Staatsbeamten. Dies soll aber keineswegs hindern, daß Krankenkassen, welche nach ihrer Dienstordnung mehr als 75 Hundertstel zahlen dürfen, dieses ihren Angestellten auch gewähren. Sie können sich nur wegen dieser 5 v. H., die übrigens erfahrungsgemäß nur in den seltensten Fällen in Erscheinung treten werden und daher nur eine geringfügige Belastung der Krankenkassen bedeuten, nicht rückversichern, sondern müssen sie gegebenenfalls aus eigenen Mitteln nachzahlen.

Die Organe der Ruhegehaltsversicherung sind Vorstand und Jahresversammlung. Die Aufsicht über die Ruhegehaltsversicherung soll der Bundesregierung des Sitzes der Kasse übertragen werden.

Die Gründungsversammlung der neuen Ruhegehaltsversicherung für deutsche Krankenkassen wird am 8. Oktober, nötigenfalls mit Fortsetzung am 9. Oktober 1917 je vormittags 9 Uhr im Volkshaus zu Jena stattfinden. Alle Krankenkassen, welche sich für die Frage der Ruhegehaltsberechtigung ihrer Angestellten interessieren, werden zu dieser Gründungsversammlung ergebenst eingeladen. Die Kassenvertreter, von denen einer stimmberechtigt ist, haben sich durch Vollmacht auszuweisen. Einschlägiges Material steht den Krankenkassen auf Anfordern durch die Allgemeine Ortskrankenkasse Erfurt jederzeit zur Verfügung."

Digitized by Google

Sozialpolitisches Friedens-Programm einer internationalen Gewerkschaftskonferenz.

Die für die Dauer des Krieges in Amsterdam eingerichtete Zweigstelle des „Internationalen Gewerkschaftsbundes" hat auf den 8. Juni 1917 eine internationale Gewerkschaftskonferenz einberufen, um ihr „Gewerkschaftliche Forderungen zum Friedensvertrage" zur Beschlußfassung zu unterbreiten. An der Vorarbeit haben sich Vertreter der feindlichen Staaten nicht beteiligt; es waren nur Holland, Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland, Deutschland, Österreich-Ungarn und Bulgarien vertreten. Es wurden im Friedensvertrage festzulegende Forderungen über folgende Punkte aufgestellt: Freizügigkeit, Koalitionsrecht, Sozialversicherung, Arbeitszeit, Hygiene, Heimindustrie, Kinderschutz, Arbeiterinnenschutz, Durchführung des Arbeiterschutzes. Wir heben daraus die Forderungen zur Sozialversicherung hervor. Sie lauten:

a) Länder, die noch keine Versicherung gegen Krankheit, Betriebsunfälle, Invalidität, Alter und Arbeitslosigkeit eingeführt haben, sind verpflichtet, diese in kürzester Zeit durchzuführen.

b) Die eingewanderten Arbeiter sind ohne Rücksicht auf die vermutliche Dauer ihrer Anwesenheit im fremden Lande hinsichtlich der Rechte und Pflichten in allen Zweigen der Sozialversicherung den einheimischen Arbeitern gleichzustellen.

c) Arbeiter, die zeitweilig außer Landes beschäftigt werden (sogenannte Montierungsarbeit usw.), sowie die Arbeiter in Transportunternehmungen (Seeleute usw.), die gewöhnlich im Gebiete mehrerer Staaten arbeiten, sind hinsichtlich der Versicherung den Gesetzen des Staates unterstellt, in dem das sie beschäftigende Unternehmen seinen Sitz hat.

d) Alle die Sozialversicherung betreffenden Urkunden und Bescheinigungen werden unentgeltlich ausgestellt und sind von fiskalischen Abgaben befreit.

e) Rentenberechtigte Arbeiter fremder Nationalität, die aus dem Lande verziehen, in dem ihr Rentenanspruch begründet ist, verlieren ihre Ansprüche nicht, falls der Heimatsort die Gegenseitigkeit anerkennt. Die näheren Bestimmungen hierüber wie auch die über die Auszahlung der Renten und die Regelung der Kontrolle dieser Rentenbezieher sind durch zwischenstaatliche Verträge zu treffen.

f) In diesen Verträgen ist Bestimmung darüber zu treffen, ob Berufskrankheiten den Betriebsunfällen gleichgestellt sind.

g) Die Ansprüche an die Arbeitslosenversicherung eines Staates erlöschen mit dem Verlassen des Landes, in dem der Anspruch erworben wurde. Ob dem Anspruchsberechtigten eine Beihilfe zu den Reisekosten zu gewähren ist, muß vertraglich geregelt werden.

Die Wohnungsfürsorge der Landesversicherungsanstalten.

Die Wohnungsfrage hat unter dem Einfluß des Krieges gesteigerte Bedeutung erlangt. Immer mehr bricht sich die Erkenntnis Bahn, daß hier zur Gesundung und Kräftigung der minderbemittelten Bevölkerung mehr als seither geschehen muß. Die Angelegenheit war daher schon auf der Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten in Leipzig am 10. und 11. April 1916 Gegenstand eingehender Beratungen. Es wurde eine Reihe von Leitsätzen aufgestellt, die einerseits die Förderung des Kleinwohnungsbaues durch die Versicherungsanstalten nach dem Kriege, anderseits die Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien und ihre Unterstützung durch die Versicherungsanstalten betrafen. Danach wird mit einem gesteigerten Bedarf an Kleinwohnungen, namentlich in Gegenden mit starkem Arbeiterzuzuge, gerechnet. Die Versicherungsanstalten können jedoch diesem Bedürfnis nicht anders als durch Aufwendung eigener Mittel entgegenkommen. Der Weg einer allgemeinen Bürgschaftsübernahme für zweite Hypotheken wurde nicht für gangbar erachtet, auch die Aufnahme von Schulden, etwa durch Ausgabe von Pfandbriefen, wurde abgelehnt. Bei der Ansiedlung von Kriegsteilnehmern und Kriegerwitwen soll auf die Verhältnisse des Anzusiedelnden Rücksicht genommen, auch eine entsprechende Anzahlung aus eigenen Mitteln verlangt werden. Übrigens soll die Ansiedlungsarbeit nicht von den Versicherungsanstalten durchgeführt werden, sondern durch Siedlungsgesellschaften erfolgen, an denen sich die Versicherungsanstalten beteiligen. Namentlich soll sich die Fürsorge auf die kinderreichen Familien erstrecken. Bei der diesjährigen Vollversammlung der Landesversicherungsanstalten am 24. Juni 1917 in Heidelberg wurden diese Zusicherungen erneuert. In einer Entschließung wird von einer Minderung der wirtschaftlichen Nöte der kinderreichen Familien, darunter insbesondere auch der Wohnungsnot gesprochen.

Das Reichsversicherungsamt hat durch Runderlaß vom 19. Januar 1916 zur Einsendung von Berichten darüber aufgefordert, wie bei den einzelnen Versicherungsanstalten die Wohnungsfürsorge unter den Einflüssen des Krieges sich entwickelt hat oder demnächst gestalten wird. Die eingegangenen Antworten gaben dem Reichsversicherungsamt Anlaß zu einem Rundschreiben vom 6. November 1916, in dem es sich ausführlich zu den Fragen äußert (Amtl. Nachr. 1916 S. 734). Angesichts der schweren Verluste an Menschenleben, die der Krieg dem deutschen Volke auferlegt, und der mit der langen Dauer des Krieges verbundenen Schwächung der Volksgesundheit sei die Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien der minderbemittelten Bevölkerung besonders dringend. Bessere Unterkunft für solche Familien, Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse durch Anlegung von Kinderspielplätzen, Kinderhorten und dergleichen seien in hohem Maße erwünscht. Dabei sei auf die Familien der Kriegsteilnehmer gebührend Rücksicht zu nehmen. Der Erlaß gibt dann noch nähere Anweisung über den Ausbau der Fürsorge.

Bisher stützte sich die Wohnungsfürsorge der Landesversicherungsanstalten lediglich auf § 1356 RVO., nach dem die Anlegung gewisser Teile des Vermögens für Unternehmungen zulässig ist, die ausschließlich aber überwiegend den Versicherungspflichtigen zugute kommen. Gleiche Bestimmungen enthielten schon das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz und das Invalidenversicherungsgesetz und es ist bereits schon vom Reichsversicherungsamt durch Rundschreiben vom 24. April 1897 Anleitung gegeben worden, in welcher Weise das Anstaltsvermögen zu gemeinnützigen Zwecken angelegt werden kann. Ein weiteres Rundschreiben vom 5. Februar 1900 sprach sich über die Tragweite dieser Einrichtung näher aus und gab Erläuterungen, namentlich auch über die nötige Genehmigung der Aufsichtsbehörde zu den Anlagen. In allen diesen Anweisungen war immer die Arbeiterwohnungsfürsorge mit in erster Linie erwähnt. Von den 1342 Millionen Mark, die bis Ende des Jahres 1916 für gemeinnützige Zwecke ausgeliehen worden sind, entfallen 566,6 Millionen Mark auf den Bau von Arbeiterwohnungen. Hier-

Digitized by Google

von wurden 538,4 Millionen Mark zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen und 28,2 Millionen Mark zum Bau von Ledigenheimen (Herbergen, Gesellenhäusern, Hospizen usw.) verwendet. In der Hauptsache wurden die Gelder an Genossenschaften, Baugesellschaften und Bauvereine usw. gegeben, die zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen 321 Millionen Mark und zu Ledigenheimen 29 Millionen Mark erhielten. An Gemeinden, Gemeindeverbände und sonstige Verbände des öffentlichen Rechts wurden 72,7 bzw. 3,5 Millionen Mark gegeben. Arbeitgeber erhielten 43,0 Millionen Mark bzw. 850 450 Mark. Die von 26 Landesversicherungsanstalten und vier Sonderanstalten an Versicherte hergegebenen Darlehen zum Wohnungsbau betrugen 101,2 Millionen Mark. Hiervon kommen nahezu drei Viertel auf die Versicherungsanstalten Hannover, Westfalen, Rheinprovinz, Württemberg und Baden. Von den gesamten Wohnungsbaudarlehen waren bis Ende 1916 rund 83,5 Millionen Mark an die Versicherungsträger zurückgezahlt, so daß sich der Bestand an laufenden Darlehen auf 483,1 Millionen Mark belief. Außer den angegebenen Summen sind von einer Anzahl Versicherungsanstalten bis zum Schlusse des Jahres 1916 zum Wohnungsbau für nichtversicherte Personen 17,6 Millionen Mark an gemeinnützige Bauvereine gegeben worden und schließlich haben einige Sonderanstalten 1¼ Million Mark zum eigenen Bau von Familienwohnungen für Angestellte benutzt.

Von den gesamten Darlehen zum Zwecke der Arbeiterwohnungsfürsorge sind rund 75 Millionen Mark (also etwa 14 v. H.) außerhalb der Mündelsicherheit ausgeliehen worden. Der Zinsfuß für die Darlehen schwankt zwischen 2 und 5½ v. H. Im Durchschnitt sind es 3 bis 4 v. H. Von den einzelnen Landesversicherungsanstalten ragen besonders die Rheinprovinz mit 88 Mill. Mk., Westfalen mit 67 Mill. Mk., Kgr. Sachsen mit 57 Mill. Mk., Hannover mit 51 Mill. Mk, Baden mit 37,5 Mill. Mk., Württemberg mit 30 Mill. Mk., Hessen-Nassau mit 20 Mill. Mk. Gesamtaufwendungen für die Arbeiterwohnungsfürsorge hervor.

Die Hergabe geschieht in der Regel durch hypothekarische Sicherstellung oder durch Kapitalbeteiligung bei Siedlungsgesellschaften. Neuerdings ist das Reichsversicherungsamt noch einen Schritt weitergegangen und hat in dem Runderlasse vom 6. November 1916 (vgl. oben) zugunsten der Wohnungsfürsorge auch Aufwendungen aus § 1274 RVO., also Kapitalbeihilfen ohne Anspruch auf Rückgewähr, für zulässig erklärt. Hierbei soll vor allem an die Unterbringung kinderreicher Familien der minderbemittelten Bevölkerung gedacht und besonders auf die Familien von Kriegsteilnehmern gebührende Rücksicht genommen werden. Es liege auf der Hand — so sagt das Reichsversicherungsamt —, daß die Versicherungsträger hierbei Vorsicht üben müssen; die Aufwendungen aus § 1274 RVO. könnten daher nur in mäßigem Umfange zugelassen werden.

Die Landesversicherungsanstalten haben fast ausnahmslos „Grundsätze“ und „Bedingungen“ aufgestellt, unter denen die Gewährung von Darlehen zu Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen und zum Bau von Arbeiterwohnungen erfolgt. Sind diese auch nach einem einheitlichen Schema aufgestellt, so weichen sie doch in ihrem Inhalt vielfach voneinander ab. Während der Kriegszeit hat meist eine Umgestaltung der Bedingungen stattgefunden. Die Vorschriften sind den durch die Kriegsfolgen hervorgerufenen Bedürfnissen angepaßt worden. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hat in ihren im Jahre 1916 aufgestellten allgemeinen Grundsätzen folgende Bestimmungen:

„Die Verleihungen dürfen nur gegen Einräumung erststelliger hypothekarischer Sicherheit, bei Gemeinden und sonstigen Kommunalverbänden auch gegen Schuldschein, erfolgen, und zwar im allgemeinen zu einem Zinsfuß von nicht unter 2½ v. H. und bei einer Beleihung der Liegenschaften nicht über 66⅔ v. H., bei Kriegsbeschädigten bis zu 90 v. H. ihres Wertes, sofern im letzteren Falle ein Kommunalverband (Kreis oder Gemeinde) die selbstschuldnerische Bürgschaft übernimmt, bis das Darlehen zur Mündelsicherheit getilgt ist. Sofern es sich um die Förderung von Arbeiterwohnungen eines einzelnen Arbeitgebers handelt, ist der Vorstand der Versicherungsanstalt befugt, von der vorstehenden Forderung erststelliger hypothekarischer Sicherheit ausnahmsweise abzusehen, wenn der betreffende Arbeitgeber nicht nur das in Betracht kommende Baugrundstück, sondern sein gesamtes Grundeigentum oder einen größeren Teil desselben für das Darlehen verpfändet, und die Beleihung innerhalb der mündelsicheren Wertgrenze des Pfandobjektes verbleibt. Eine Amortisation ist in der Regel zu bedingen. Sofern die Beleihung der Liegenschaft über 50 v. H. des Wertes hinausgeht, muß Amortisation erfolgen; die Fortsetzung der Amortisation darf jedoch unterbleiben, wenn die Beleihung durch die Amortisation bis auf 50 v. H. des Wertes zurückgegangen ist. — Durch die hypothekarische Eintragung ist der Versicherungsanstalt auch das Recht vorzubehalten, ohne vorgängige Kündigung die sofortige Rückzahlung der dargeliehenen Kapitalien für den Fall zu verlangen, daß die Zinsenzahlung nicht pünktlich, d. h. nicht längstens innerhalb der nächsten auf den Zinstermin folgenden 14 Tagen erfolgt. — Die Darlehen dürfen je nach dem Fortschreiten des Baues der zu errichtenden Wohnhäuser auch in Teilbeträgen gewährt werden.“

Die besonderen Bedingungen für gemeinnützige Baugenossenschaften enthalten die Bestimmungen, daß der Zinsfuß nicht unter 3 v. H. jährlich beträgt, der jährliche Tilgungssatz in der Regel nicht unter 1 v. H. festgesetzt wird, die Rückzahlung nur nach halbjährlicher, allein am Vierteljahrsersten zulässigen Kündigung gefordert werden kann, die Bauzeichnung vor Beginn des Baues der Landesversicherungsanstalt zur Genehmigung eingereicht wird, die Mietpreise nicht höher angesetzt werden, als unter Berücksichtigung des gemeinnützigen Zwecks des Unternehmens zur Deckung der Unkosten notwendig ist, daß Untervermietung nicht gestattet ist, den Bevollmächtigten der Landesversicherungsanstalt jederzeit die Besichtigung der Wohnungen und Grundstücke freisteht, die Räume bestimmte Beschaffenheit in Höhe usw. aufweisen usw. Ähnlich sind auch die Bedingungen für einzelne Arbeitgeber (zur Errichtung von Werkswohnungen) und für einzelne Versicherte. Entsprechen die eingereichten Baupläne den zu stellenden hygienischen und sonstigen Anforderungen nicht, so werden sie mit Einverständnis des Darlehnsuchers in bezug auf die praktischere Verteilung der Räume und bessere Gestaltung des Äußeren, jedoch unter Vermeidung eines höheren Kostenaufwands als des veranschlagten auf Kosten der Landesversicherungsanstalt einer Überarbeitung unterzogen. Die Gebäude sind stets in ordnungsmäßigem Stande zu halten. Bleibt Schuldner mit einem Zins- und Tilgungsbetrage länger als 14 Tage im Rückstand, so kann das Darlehen sofort ohne Kündigung zurückgefordert werden. Bei einzelnen Versicherten soll das Darlehen nicht über 6000 ℳ, bei

Digitized by Google

Kriegsbeschädigten nicht über 9000 ℳ und bei Rentengütern nicht über 8500 ℳ betragen. Häuser, welche mehr als zwei Wohnungen enthalten, werden nicht beliehen. Der Eigentümer muß in dem Wohnhause wohnen. Rentengüter werden von der Landesversicherungsanstalt und der Rentenbank zusammen bis zu 75 v. H. des Gebäude- und Bodenwertes beliehen. Anträge auf Gewährung des Darlehns sind an den zuständigen Kontrollbeamten oder unmittelbar an die Versicherungsanstalt zu richten.

Die Landesversicherungsanstalt Württemberg hat eine Bauberatungsstelle eingerichtet, die insbesondere die Überarbeitung von Bauplänen vornimmt. Der Geschäftsbericht der Anstalt auf 1915 gibt eine Reihe bildlicher Darstellungen, wie eingereichte Pläne verbessert worden sind. Auf Wunsch werden den Darlehnssuchern gleich bei der ersten Anfrage gute Vorbilder von Kleinhäusern an die Hand gegeben. Auch die Landesversicherungsanstalt Hannover bringt in ihren Geschäftsberichten regelmäßige Darstellungen ihrer Wohnungsfürsorge. Da nach dem Kriege die private Bautätigkeit ruhen werde, trifft die Anstalt Vorbereitungen für eine Ausgestaltung ihrer Fürsorge. Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg stellt ihre „Grundsätze" im Geschäftsbericht für 1914 ausführlich dar. Besonders bemerkenswert ist, daß sie kinderreichen Familien besondere Vergünstigungen gewährt. Der Zinsfuß steigt mit der Höhe des Darlehns und der Zahl der in dem Hause einzurichtenden Wohnungen. Für rückständige Zinsen sind Strafzinsen zu zahlen. Einzelne Versicherte müssen mindestens $^1/_{10}$ der Gesamtkosten des Anwesens aus eigenen Mitteln decken können. Die Thüringische Landesversicherungsanstalt bezeichnet in ihrem letzten Bericht die Beschaffung ausreichender Wohnungen nach beendetem Kriege als eine der wichtigsten Aufgaben der Volkswirtschaft.

So harren auch auf diesem Sondergebiete viele sozialpolitische Aufgaben der Lösung. Hoffentlich finden sich bald Zeit und Mittel, sie durchzuführen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Grundlohn für Lehrlinge ohne Entgelt.

1. Nach Weißenfels. Antwort: Unsere Auskunft in Heft 19 S. 454 Ziff. 4 (nach Hirschberg) bedarf allerdings der Berichtigung. Der § 577 Abs. 1 Satz 4 RVO. gilt nur für Verletzte, die nicht gegen Krankheit versichert sind. Das trifft auf Lehrlinge ohne Entgelt nach § 165 Abs. 2 nicht zu. Der Ortslohn gilt also für sie nur dort als Grundlohn, wo die Satzung es bestimmt (§ 181 zu vgl. auch § 450). In allen anderen Fällen ist, beim Mangel einer besonderen Festsetzung in der Satzung, die niedrigste Lohnstufe der Kasse maßgebend (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 56).

Beschäftigungsort beim Mangel einer festen Betriebsstätte (§ 154 RVO.).

2. Nach Halle a. S. Frage: Ein Arbeitgeber erklärte hier auf Befragen, daß er als Obsthändler hier seine gewerbliche Niederlassung habe und alljährlich an vier bis fünf verschiedenen Orten Obstnutzungen zur Aberntung pachte, wozu er Hilfskräfte anzunehmen pflege. Diese Arbeiter würden je nach Bedarf und immer nur kurze Zeit bald bei dem einen bald bei dem anderen Obstanhang mit Pflücken beschäftigt. Er halte hiernach unsere Kasse für die Versicherung dieser Personen für zuständig. Dieser Auffassung ist die Kasse beigetreten. Es kommt § 154 RVO. in Betracht, wonach Beschäftigungsverhältnisse ohne feste Betriebsstätte der Sitz des Betriebs als Beschäftigungsort zu gelten hat.

Unter solchen Beschäftigungsverhältnissen sind nach den übereinstimmenden Ausführungen von Hoffmann und Hahn (zu § 154) diejenigen zu verstehen, bei denen nicht nur der Arbeitgeber keinen bestimmten dauernden Ort seiner Beschäftigung, sondern auch der Unternehmer keine feste Arbeitsstätte hat, an der er „Betriebsarbeiten" verrichten läßt (z. B. Schornsteinfeger, Pflastermeister, Brunnenbauer, Lohndreschmaschinenbesitzer). Wenn es also bei diesen zur Errichtung einer festen Arbeitsstätte von verhältnismäßig langer Dauer nicht kommt (und das muß beim Abernten eines Obstanhanges angenommen werden), so gilt für die dort Beschäftigten der Sitz des Betriebes als Beschäftigungsort. Als Betriebssitz kommt in den Fällen des § 154 nur die gewerbliche Niederlassung des Arbeitgebers, im Zweifel sein Wohnort in Frage. Hiernach ist die Zuständigkeit unserer Kasse begründet, ohne daß es einer weiteren Prüfung der Frage, ob das Obstabernten als „landwirtschaftliche" Tätigkeit anzusehen ist oder nicht (in welchem Falle die Zuständigkeit auch nach § 156 a. a. O. vorhanden wäre), gar nicht bedarf. — Wir bitten um Auskunft, ob gegen diese Auffassung, die von anderer Seite angezweifelt wird, Bedenken bestehen.

Antwort: Wir finden kein Bedenken, halten vielmehr den Standpunkt der Kasse und die Begründung für richtig und verweisen noch auf die Entscheidung in ArbVers. 1917 Heft 10 S. 232.

Verjährung eines nach § 1542 RVO. auf den Versicherungsträger übergegangenen Schadenersatzanspruchs.

3. Nach Bühl (Baden). Antwort: Nach § 1542 RVO. ist der Anspruch des Versicherten gegen die schuldige Gemeinde sofort kraft Gesetzes insoweit auf die Krankenkasse übergegangen, als sie nach der RVO. dem Versicherten Leistungen zu gewähren hatte. Von der tatsächlichen Gewährung der Leistungen hing der Übergang des Schadenersatzanspruchs nicht ab. Die Kasse konnte also sofort, nachdem sie von dem Sachverhalt Kenntnis erhalten hatte, ihren Anspruch gegen die Gemeinde geltend machen. Nach § 852 BGB. verjährt der An-

Digitized by Google

spruch des Beschädigten und folglich ebenso der Anspruch der Kasse gegen die Gemeinde in drei Jahren von dem Zeitpunkt an, in welchem die Kasse von dem Schaden und von dem Sachverhalt, der die Ersatzpflicht der Gemeinde begründete, Kenntnis erlangt hatte. Diese Verjährungsfrist wurde nicht unterbrochen durch außergerichtliche Zahlungsaufforderungen oder Mahnungen, sondern nur (abgesehen von einem Anerkenntnis nach § 208 BGB.) durch gerichtliche Geltendmachung des Anspruchs durch die Kasse gegen die Gemeinde nach näherer Vorschrift der §§ 209 ff. BGB. Die Erhebung der Klage durch den Versicherten schützte nur ihn selbst gegen den Einwand der Verjährung, nicht aber die Kasse, die, soweit der Anspruch auf sie übergegangen war, ein selbständiges Recht zur gerichtlichen Geltendmachung hatte und für ihren Teil das erforderliche tun mußte, um der Verjährung vorzubeugen. Es ist nicht richtig, wenn die Kasse meint, daß sie in dieser Sache nichts tun konnte, solange nicht rechtskräftig festgestellt war, daß ein Verschulden der Gemeinde vorlag. Sie konnte und mußte eben selbständig diese Feststellung durch Klage betreiben oder der vom Versicherten erhobenen Klage als Hauptintervenientin (§ 64 ZPO.) beitreten.

Inwieweit hat der Kassenarzt für die vertragsmäßige Pauschvergütung auch Bescheinigungen auszustellen?

4. **Nach St.** Frage: Nach dem Vertrage mit den Kassenärzten gewährt ihnen unsere Kasse einen Pauschbetrag pro Jahr und Kassenmitglied. Zeugnisse, wie z. B. zur Erlangung eines Beitrags für ein künstliches Gebiß, zur Überweisung an einen Spezialarzt oder in eine Klinik usw., wurden daher bisher nicht noch besonders vergütet. Nun hat ein Kassenarzt für ein Attest, welches zur Unterbringung eines geisteskranken Kassenmitgliedes in einer Irrenanstalt erforderlich war, beim Bezirksamt die Gebühr von 6 ℳ liquidiert; nach dem Irrengesetz mußte unsere Kasse als unterstützungspflichtig dafür Ersatz leisten. Wir fragen an, ob es sich bei Ausstellung dieses Attestes nicht ebenso um eine unmittelbare ärztliche Hilfeleistung handelt, wofür der Kassenarzt bereits durch den Pauschbetrag honoriert wird und ob danach der Arzt berechtigt war, die Gebühr von 6 ℳ beim Bezirksamt zu liquidieren.

Antwort: Soweit der Vertrag nicht anders bestimmt, ist davon auszugehen, daß der Arzt für den festgesetzten Pauschbetrag die im Einzelfall erforderliche Behandlung selbst zu leisten, wenn aber fachärztliche Behandlung oder Krankenhauspflege erforderlich ist, wenigstens diejenigen ärztlichen Handlungen ohne Anspruch auf besondere Vergütung auszuführen hat, die notwendig sind, um den Kranken in die andere Behandlung überzuführen. Dazu gehört die Ausstellung der in Frage stehenden Bescheinigungen. Allein dies gilt nur im Verhältnis zwischen der Kasse und dem Arzt, also nur dann, wenn der Arzt als Kassenarzt entweder von dem Versicherten in Anspruch genommen oder von der Kasse beauftragt wird; nicht auch dann, wenn der Auftrag ihm von einer anderen Stelle, einer Behörde oder einem Armenverbande, erteilt ist. In solchem Falle hat der Arzt Anspruch auf die taxmäßige Gebühr gegenüber seinem Auftraggeber. Inwieweit dieser von der Kasse Ersatz verlangen kann, ist eine andere Frage, für deren Beantwortung, wenn es sich um Armenpflege handelt, § 1533 Ziff. 2 in Verbindung mit § 1503 RVO. maßgebend ist.

Zum Begriff des Werkmeisters.

5. **Nach St. Tönis.** Antwort: Es kommt auf die Art der Beschäftigung des als Webermeister Bezeichneten an. Er ist als Werkmeister zu betrachten und daher bei einem Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2000 ℳ von der Invalidenversicherungspflicht befreit, wenn er in nennenswertem Umfange an der Betriebsaufsicht teilnimmt. Bei einem Werkmeister sind die betriebsleitenden und die in eigener körperlicher Mitwirkung bestehenden Tätigkeiten ungefähr von gleicher Bedeutung (vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1900 Nr. 851 S. 832, ArbVers. 1911 S. 861). Die Entscheidung kann nur von Fall zu Fall auf Grund genauer Kenntnis der gesamten Tätigkeit des Beschäftigten getroffen werden. Was hat also der Webermeister außer der Beaufsichtigung der Webstühle noch zu tun, und welchen Umfang haben die Aufsicht und die körperliche Mitarbeit im Verhältnis zueinander? Ohne Bedeutung für die Frage sind die Kündigungsfrist und die Zeitabschnitte, in denen der Lohn gezahlt wird.

Setzt § 219 RVO. voraus, daß der Versicherte schon bei der Erkrankung außerhalb des Kassenbezirks wohnte?

6. **Nach Waldenburg i. Schl.** Antwort: Die Frage, ob § 219 RVO. nur dann gilt, wenn der Versicherte bereits bei seiner Erkrankung außerhalb des Kassenbezirks wohnte, ist nicht nur in der Rechtslehre, sondern auch in der Rechtsprechung sehr bestritten. Es scheint aber die überwiegende Meinung die zu sein, daß es hierauf nicht ankommt (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 219), und dieser Auffassung, die auch vom preuß. Oberverwaltungsgericht vertreten worden ist (ArbVers. 1903 S. 557), schließen wir uns an, weil sie allein der Fassung des § 219 und seinem Zwecke entspricht. Ein Recht, nachzuprüfen, ob die um Aushilfe nach § 219 ersuchende Kasse zur Leistung der Krankenhilfe im Bezirke der ersuchten Kasse verpflichtet ist, kann dieser letzteren Kasse nicht zustehen, wenn die erstere ihre Leistungspflicht anerkennt; die ersuchte Kasse hat daher gar keinen Anlaß zu erforschen, ob der Versicherte, der in ihrem Bezirke wohnt, erst nach der Erkrankung dorthin übergesiedelt ist, so daß die ersuchende Kasse unter Umständen die Krankenpflege versagen könnte. Dies geht nur die ersuchende Kasse an, kann aber für die ersuchte Kasse keinen Ablehnungsgrund bilden.

Bitte!

Krankenkassen, welche eine eigene zahnärztliche Klinik eingerichtet haben, werden gebeten, die damit gemachten Erfahrungen an die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung“ in Berlin-Lichterfelde mitzuteilen.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1894 von G. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1187 der ganzen Folge.

24. Jahrgang | 11. Oktober 1917 | Heft 29

Die Kriegsnot der Krankenkassen, ihre Ursachen und ihre Beseitigung.

Von Hans Swolinzky in Bochum.

Eine der ersten gesetzgeberischen Maßnahmen der Reichsleitung nach Ausbruch des Krieges war bekanntlich das Kriegsnotgesetz vom 4. 8. 1914, durch das die Leistungen der Kassen allgemein auf die Regelleistungen und ihre Beiträge auf 4½ v. H. des Grundlohnes festgesetzt wurden. Kassen, die abweichend von dieser allgemeinen Festsetzung der Leistungen und der Beiträge höhere Leistungen oder andere Beitragssätze beibehalten wollten, bedurften der Genehmigung des Versicherungsamtes, der eine Prüfung ihrer Leistungsfähigkeit vorausging.

Diese eilige gesetzgeberische Maßnahme entsprang unverkennbar einer gewissen Sorge um den Bestand der Krankenkassen. Sie war begründet in der völligen Ungewißheit über die Einwirkungen des Krieges auf die Höhe der Erkrankungs- und Sterbefälle und auf die wirtschaftlichen Zustände. In der schnellen vorzugsweisen Regelung der Frage auf dem Wege des Kriegsnotgesetzes lag aber auch unbestreitbar die rückhaltlose Anerkennung des außerordentlichen Wertes einer geregelten Krankenfürsorge für die glückliche Durchführung des Krieges.

Der Krieg hat nun erfreulicherweise nicht sogleich katastrophale Wirkungen gehabt. Im Gegenteil war unter der Einwirkung besonderer Umstände trotz der zu den bisherigen Krankheits- und Unfallgefahren neu hinzutretenden Kriegsgefahr zunächst ein allgemeines Sinken der Krankenziffern zu verzeichnen. Von Wert ist hierbei schon an dieser Stelle nur die Feststellung, daß bei dieser Erscheinung auch ganz gewiß die bewußte oder unbewußte Einsetzung des letzten Restes aller Reservekräfte des Körpers und der Nerven zur Überwindung krankhafter Erscheinungen eine Rolle gespielt hat. Selbstverständlich mußte aber schon damals damit gerechnet werden — und diese Erwartung hat sich jetzt bestätigt —, daß die im Drange der Zeit und unter dem Einfluß großer Ereignisse verständliche Überspannung der Kräfte in vielen Fällen für die späteren Zeiten um so stärkere Rückschläge zeitigen würde. Hinzu kommt, daß ein ungünstiger Krankenbestand in den Büchern der Krankenkassen, weil die Zahlungen an die Lieferanten usw. erst immer eine gewisse Zeit nachher erfolgen, stets erst nach und nach in die Erscheinung tritt, so daß gewöhnlich erst die Rechnungsabschlüsse ein klares Bild über die tatsächliche Belastung ergeben. Wenn diese trotzdem bei den meisten Kassen für 1914 und 1915 weit günstiger waren, als allgemein erwartet wurde, dann hatte dies zum guten Teil seinen Grund in dem erwähnten Arbeitseifer und Betätigungsdrange, dem eine durchweg herrschende Nachfrage nach Arbeitskräften an den meisten Orten noch entgegenkam. Die verhältnismäßig guten Abschlüsse für 1914 und 1915 haben nun leider zur Folge gehabt, daß an Stelle der früheren Be-

Digitized by Google

sorgnisse vielfach ein völliger Umschlag der Meinungen trat, der natürlich ebenso unberechtigt, im übrigen aber weit gefährlicher ist als die anfangs bekundete Abweichung vom nüchternen Rechenexempel.

Sind denn nun die anfangs für den Bestand der Krankenkassen gehegten Befürchtungen heute völlig gegenstandslos? Ist die Gefahr für die Krankenkassen etwa darum geringer, weil sie sich erst allmählich entwickelt? Hat nicht im Gegenteil der Krieg weit über das Maß dessen, was ursprünglich erwartet wurde, sowohl in bezug auf seine Dauer als in bezug auf die Steigerung aller Beschwernisse in der Front und hinter der Front eine Ausdehnung angenommen, wie sie niemand erwartet hätte und die wir nur deshalb nicht mehr so wahrnehmen, weil wir uns allmählich an sie gewöhnt haben? — Nur eine nüchterne Betrachtung der Tatsachen kann hier zum Ziele führen. Unser Wirtschaftsleben hat zugestandenermaßen bisher nicht die Erschütterungen erfahren, die von manchen Stellen befürchtet wurden. Dadurch sind die Kassen vor größeren Einnahmeausfällen bewahrt geblieben. Dennoch sind natürlich die Beitragsrückstände allmählich immer erheblicher geworden. Ein Teil von ihnen wird sicherlich infolge des im Felde eingetretenen Todes oder der eintretenden dauernden Zahlungsunfähigkeit als unbeibringlich niedergeschlagen werden müssen. Immerhin wäre die Beurteilung nicht vorurteilsfrei, wenn hier ohne weiteres von einer unmittelbaren Gefahr für die Krankenkassen gesprochen werden würde. Die kommende Entwicklung der Dinge hängt hier ganz von dem weiteren Verlauf des Krieges ab. Bei den Einnahmen ist von Anfang an also höchstens insofern eine Änderung eingetreten, als anerkanntermaßen die eingezogenen Mitglieder fast alle den höchsten Beitragsklassen angehörten. Die Folge war also für die Krankenkassen, daß die Zahl ihrer Mitglieder nicht in dem Maße zurückging, als die Beitragseinnahmen zurückgingen. Dem stand die bereits erwähnte Tatsache gegenüber, daß der Krieg in der ersten Zeit so manches Krankenkassenmitglied seine Krankheit vergessen ließ. Der Einfluß der seelischen Kräfte auf den Körper war unverkennbar. Dazu forderten die entstandenen Lücken die Heranziehung aller Kräfte. Wer irgend arbeiten konnte, den drängte es aus den engen Wänden seiner Behausung heraus unter die zurückgebliebenen Gefährten der Arbeit, des friedlichen Kampfes ums Dasein.

Ein Rückschlag war selbstverständlich unvermeidlich. Zu der allgemein eintretenden Erschlaffung der überanstrengten Nerven, die obendrein noch so mancherlei Erschütterungen durch Unglücksnachrichten aus dem Felde oder doch durch bange Sorgen um die dort draußen ausgesetzt waren, kam die vermehrte Abspannung des Körpers. Sodann war im Laufe des Krieges so manche arbeitsungewohnte oder nur noch teilweise arbeitsfähige Kraft eingestellt worden. Das Wort „Ersatz“ bedeutete auch hier vielfach eine gewisse Minderwertigkeit wenigstens in gesundheitlicher Beziehung. Welchen verhängnisvollen Einfluß das Alter auf die Unterstützungsbedürftigkeit hat, ist wiederholt durch statistische Erhebungen nachgewiesen worden. Ein gewisser Teil der für die einberufenen Mitglieder eintretenden Ersatzkräfte bestand aber aus älteren, nicht mehr dienstpflichtigen Männern. Ebenso ist allgemein anerkannt, daß auch der Zufluß neuer weiblicher Mitglieder, der wohl den größten Teil des Abganges an männlichen Kräften deckte, die Krankenkassen ungünstiger stellt, zumal bei solchen, die in Betrieben tätig sind, in denen erhöhte Anforderungen an die Körperkraft gestellt werden. Zu allem diesem kamen die allmählich immer größer werdenden Schwierigkeiten in der Ernährung. Auch sie haben ihren ungünstigen Einfluß auf den Gesundheitszustand schon bisher geltend gemacht und werden ihn noch in immer stärkerem Maße geltend machen. Die letzten Wirkungen werden sich hier erst nach Jahren zeigen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß mancher Versicherter heute auch bei Anzeichen ernsterer Erkrankungen vor einer Niederlegung der Arbeit zurückschreckt, weil er dann bei dem Krankengelde, das mit der Teuerung nicht

Digitized by Google

gleichen Schritt gehalten hat, immer weiter zurückkommen muß. Eine weitere recht fühlbare Belastung bedeuten die Aufwendungen für die Kriegsteilnehmer, die zwar von jeder Kasse gern getragen werden, die gleichwohl aber dennoch immer mehr anwachsen. Auch hier werden die gesundheitsschädigenden Einflüsse noch ständig zunehmen und in ihren Endwirkungen noch nach Jahren deutlich hervortreten. Gar viele Kriegsteilnehmer sind schon mit dauernden Schäden an ihrer Gesundheit oder an ihrer körperlichen Unversehrtheit zurückgekehrt. Immer deutlicher macht sich aber auch hier seitens einzelner Militärbehörden die Neigung geltend, einen Teil der Fürsorge für die Kriegsbeschädigten — namentlich für solche, die nach kurzer Arbeitsbetätigung an den Folgen ihres im Feldzuge erworbenen Leidens wieder erkranken — auf die Krankenkassen abzuwälzen. Die Belastung der Krankenkassen, insbesondere derjenigen der Industriezentren, nimmt in dem gleichen Maße zu, in welchem mehr und mehr Kriegsbeschädigte zur Arbeit zurückkehren.

So kommt eins zum anderen. Die Quellen, die hier zusammenströmen, um den Krankenkassen fortdauernd größere Lasten zuzubringen, werden noch ständig an Zahl und Umfang wachsen. Auch die Gesetzgebung hat durch die Schaffung der Kriegswochenhilfe, durch die Einführung weitherziger Vergünstigungen für die Weiterversicherung der Kriegsteilnehmer, durch das Hilfsdienstgesetz usw. den Krankenkassen im Laufe des Krieges stets weitere Lasten gebracht. Es handelt sich hier um durchaus notwendige, wirklich begrüßenswerte Ergänzungen der bisherigen Gesetzgebung, jedoch wird mit dieser Feststellung nicht verhindert, daß die Seite „Ausgaben" im Haushaltsplan der Kassen fortwährend eine weitere Erhöhung erfährt. Es bedarf nun gar nicht mehr der Erwähnung, daß die Preise der Arzneien und Heilmittel ebenso wie die Krankenhauspflegesätze in ständigem Steigen begriffen sind. Auch ohnedies würden die bisherigen Ausführungen genügen, um darzutun, daß die Gefahr besteht, daß recht bald die Krankenkassen nicht mehr in der Lage sein werden, die laufenden Ausgaben durch die laufenden Einnahmen zu decken. Bei einem Teil der Kassen ist diese Gefahr unter der Einwirkung der erhöhten Preise und der gleichzeitig erhöhten Krankenziffern schon zur rauhen Wirklichkeit geworden, wie dies auch kürzlich im Reichstage erwähnt wurde. Es ist danach nicht mehr hinwegzuleugnen, daß den Krankenkassen in dieser bedrängten Lage irgendwie geholfen werden muß. Von einer nur zeitigen Belastung der Kassen kann schon insofern gar keine Rede sein, als etwa wieder in Fortfall kommende Ursachen des Niederganges der Kassen von vornherein durch die schon in Friedenszeiten, und zwar von der Einrichtung der Kassen an beobachtete Tatsache ausgeglichen werden, daß sämtliche Ausgaben und auch die Krankenziffern eine steigende Tendenz haben. Es braucht deshalb hier auch nicht mehr in Betracht gezogen werden, daß bei den heutigen Teuerungsverhältnissen jede Krankenkasse über die Regelleistungen hinausgehen muß, wenn sie nicht durch eine unverhältnismäßige Verzögerung der Heilung und dauernde Schädigung des Kräftezustandes ihrer Mitglieder noch weit größere Ausgaben heraufbeschwören will.

Welche Maßnahmen kommen nun für die hiernach durchaus notwendige Beseitigung der Kriegsnot der Krankenkassen in Frage? Zunächst dürfte kein Streit darüber bestehen, daß die Reichsregierung den Kassen wenigstens Ersatz für diejenigen Leistungen gewähren sollte, welche der Kasse nachgewiesenermaßen durch Aufwendungen für Kriegsteilnehmer entstehen, deren Krankheit oder deren Tod auf eine Erkrankung oder eine Beschädigung im Kriegsdienste zurückzuführen ist. Die zu erstattenden Beträge würden hier zunächst die Barleistungen und daneben noch drei Achtel des Grundlohnes als Ersatz für Krankenpflege umfassen müssen. Das Abrechnungsverfahren würde damit dem nachgebildet werden können, das schon heute im Verhältnis zu den Berufs-

Digitized by Google

genossenschaften und anderen Ersatzpflichtigen oder Ersatzberechtigten besteht. Daß darüber hinaus die ganze Mehrbelastung, die die Krankenkassen im Laufe des Krieges erfahren haben, eigentlich zu Lasten des Krieges geht und die Krankenkassen deshalb auf Ersatz dieser Kriegsschäden mit weit höherer Berechtigung Anspruch erheben könnten, als dies von vielen anderen geschehen kann, sollte sich eigentlich aus der Tatsache ergeben, daß die Krankenkassen die Sammelstellen für die Notgroschen der Ärmsten unter den Armen, der arbeitsunfähigen Arbeiter, sind. Jedoch wird über diese Frage, über das Was und Wie, an dieser Stelle nicht weiter gesprochen werden können, da das zu weit führen würde. Es kann nur die Notwendigkeit betont werden, diesen Gesichtspunkt nicht aus den Augen zu verlieren.

Mit der anzustrebenden Erstattung der Ausgaben für Kriegsbeschädigte durch das Reich würde bei der vorweg geschilderten bedenklichen Steigerung aller Ausgaben ganz gewiß nur ein kleiner Teil der Kriegsnot der Krankenkassen und der ohnehin von Jahr zu Jahr beobachteten Mehrbelastung der Krankenkassen wettgemacht sein. Da auch eine weitere Erhöhung der Beiträge, die seit Errichtung der Krankenkassen gleichfalls fortdauernd gewachsen sind — abgesehen von der im weiteren Verlaufe dieser Abhandlung noch zu erwähnenden Steigerung, die sich durch die Erhöhung des höchstzulässigen Grundlohnes von selbst ergibt —, nicht gut denkbar ist, denn die Beiträge hatten bei vielen Kassen in Friedenszeiten bereits 4½ v. H. des Grundlohnes erreicht, bleibt nur übrig, auf andere Auswege zu sinnen. Noch ein anderer Umstand verdient hier Erwägung. Mit Recht weist das „Bulletin der Studiengesellschaft für soziale Folgen des Krieges in Kopenhagen", auf dessen sehr lesenswerte, sachliche Ausführungen nicht genug hingewiesen werden kann, darauf hin, daß die Frauenarbeit jetzt in Berufe gedrungen ist, die oft sehr hohe Anforderungen an die Körperkraft stellen, und daß darin ganz erheblich erhöhte Gefahren für den Gesundheitszustand der arbeitenden Frauen und für die Sterblichkeit liegen. Neben den vielen Kriegsinvaliden werden auch nach dem Kriege sehr viele Frauen, die keine Möglichkeit haben, sich zu verheiraten, gezwungen sein, sich in Berufe zu drängen, die höhere gesundheitliche Gefahren mit sich bringen als die Berufe, denen sich das weibliche Geschlecht vor dem Kriege in der Hauptsache widmete. Sollen die Krankenkassen nach allem den ganz erheblich gesteigerten Anforderungen, die ihrer für die Zukunft harren, gewachsen sein, dann bedarf es einschneidender Änderungen. Es wird nicht genügen, auf eine möglichste Verminderung aller unnötigen Zwischenkosten bei Herbeibringung der ärztlichen oder arzneilichen Hilfe an die Versicherten zu sinnen. Die Krankenkassen müssen vielmehr zunächst auch darauf bedacht sein, alle Lasten, die von anderen Einrichtungen getragen werden können, diesen besonderen Einrichtungen, denen die betreffenden Ausgaben eigentlich zukommen, zuzuweisen. An erster Stelle ist da an die Fürsorge für Unfallverletzte während der ersten 13 Wochen zu denken. Es mag sein, daß die Träger der Unfallversicherung auch in etwas unter den Folgen des Krieges zu leiden haben werden. Immerhin stehen sie im Vergleich mit den Krankenkassen doch ziemlich abseits vom Kriegsgetümmel. Es wäre zu prüfen, ob es nicht möglich ist, den Berufsgenossenschaften die Fürsorge für Unfallverletzte allein zu übertragen. Die Krankenkassen würden dann nötigenfalls nur noch aushelfend eintreten, d. h. sie würden dann auch für die ersten 13 Wochen einen Ersatzanspruch an die Berufsgenossenschaften haben. Hier und bei allen anderen Trägern der Sozialversicherung würde es auch möglich sein, die Leistungen der Krankenkassen so von anderen zu trennen, daß sie während des von einem anderen Versicherungsträger durchgeführten Heilverfahrens völlig ruhen. Das würde für die Mitglieder der Kassen insofern eine erstrebenswerte Vergünstigung darstellen, als heute erfahrungsgemäß der

Digitized by Google

Erfolg manches längeren, meistens erst nach mehrwöchigem Krankengeldbezuge eingeleiteten Heilverfahrens dadurch wieder verloren geht, daß mit dem Ablaufe des Heilverfahrens auch gleichzeitig die Anspruchsberechtigung bei der Krankenkasse abläuft. Oftmals ist sie schon vorher abgelaufen. Der Versicherte steht dann bei fortdauernder Heilbedürftigkeit ohne Ansprüche auf Krankengeld und Krankenhilfe da. Eine reine Scheidung der Aufgaben der verschiedenen Versicherungsträger würde sicherlich für die Krankenkassen eine erhebliche Entlastung bedeuten, die sich auch aus den verschiedensten anderen Gründen rechtfertigen ließe. Würde sie jetzt vorgenommen, weil infolge des Einflusses der kriegerischen Verhältnisse auf die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen nichts anderes übrig bleibt, um die Krankenkassen lebensfähig zu erhalten — an dem gesicherten Bestande leistungsfähiger Krankenkassen haben auch die übrigen Versicherungsträger ein ganz erhebliches Interesse —, dann würden demgegenüber alle übrigen Bedenken, die gewiß vorgebracht werden können, verschwinden müssen.

Schließlich kommt für die Stärkung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen noch ein anderes Mittel in Betracht, das aber — das sei vorweg betont — für sich allein eine dauernde Behebung aller Not nicht bringen kann. Es handelt sich um eine Änderung des § 180 der RVO. Dieser bestimmt, daß die Satzung der Kassen den durchschnittlichen Tagesentgelt der Versicherten bis 5 *M* oder — bei Abstufungen nach der verschiedenen Lohnhöhe — bis 6 *M* festsetzt. Diese Höchstgrenze entspricht natürlich den heutigen Verhältnissen bei weitem nicht mehr. Arbeiter, die das Doppelte bis Dreifache der angegebenen Beträge verdienen und ihre ganze Lebenshaltung diesem Einkommen angepaßt haben, können im Krankheitsfalle selbstverständlich nicht mit einem Viertel oder einem Sechstel ihres bisherigen Einkommens auskommen. Die Kassen sind deshalb ja auch vielfach schon notgedrungen dazu übergegangen, Kriegszuschläge der verschiedensten Art zum Krankengelde festzusetzen. Immerhin kann es sich hierbei nur um ganz vorübergehende Maßnahmen für eine kurze Übergangszeit handeln. Den vorweg erwähnten, höher entlohnten Mitgliedern, die auch einen Teil ihrer Ausgaben, wie Miete, Lehrgeld für Kinder usw., in einer bestimmten, unabänderlichen Höhe festgelegt haben, ist mit solchen Zuschlägen bei längeren Krankfeierzeiten keineswegs ausreichend geholfen. Dies gilt um so mehr, als der Höhe dieser Zuschläge doch auch gewisse unüberschreitbare Grenzen gezogen sind. Hier kommt also als einziger Ausweg nur eine Änderung des § 180 RVO. in Betracht. Er dürfte dahin zu ändern sein, daß der Höchstbetrag des Grundlohnes auf 10 *M* festgesetzt wird. Damit ist natürlich keineswegs gesagt, daß nun auch alle Kassen sogleich dazu übergehen müssen, bis zu diesem Höchstbetrage hinaufzugehen. Immerhin ist eine Festsetzung in dieser Höhe durchaus erwünscht, um wenigstens für längere Zeit sogleich ganze Arbeit zu machen und auch den Kassen, bei denen besondere Gründe eine Festsetzung des Grundlohnes in einer den Lohnverhältnissen auch nur einigermaßen entsprechenden Höhe möglich und erwünscht erscheinen lassen, die nötige Handlungsfreiheit haben. Daß nicht Kassen, bei denen die Verhältnisse eine Festsetzung in dieser Höhe nicht zulassen, trotzdem dazu übergehen, dafür bürgt wohl die doppelte Prüfung durch das Versicherungsamt und das Oberversicherungsamt, die namentlich bei Satzungsänderungen an Sorgfalt und Genauigkeit selten überboten werden kann.

Mit dieser Neuregelung wäre allen Beteiligten geholfen. Das Krankengeld würde bei allen Versicherten, die schon vor ihrer Erkrankung einen guten Verdienst erzielten, je nach der Satzungsänderung mehr oder weniger beträchtlich in die Höhe gerückt werden. Da bei der heutigen Höhe des Arbeitsmarktes wohl alle Versicherten, die zur Erhaltung ihrer Familie eines höheren Verdienstes bedürfen, von der Möglichkeit einer besseren Verwertung ihrer Arbeitskraft Ge-

Digitized by Google

brauch gemacht haben, und auf der anderen Seite dem noch verbliebenen Reste in der Regel durch Lohnerhöhungen, Teuerungszulagen u. dgl. eine Besserstellung zuteil geworden ist, würde das Krankengeld sich durch diese Maßnahme ohne weiteres den veränderten Verhältnissen anpassen. Eine weitere Folge wäre aber auch, daß die Krankenkassen höhere Beiträge erhielten. Die Mehrbelastung der von dieser Beitragserhöhung allein betroffenen Angehörigen der höchsten Lohnklasse würde von ihnen in einer Zeit, in der alles — vom Briefporto bis zum letzten Gebrauchsgegenstand — eine Preiserhöhung erfahren hat, durchaus nicht unerträglich schwer empfunden werden. Gewiß handelte es sich wiederum um eine neue Ausgabe in einer Zeit, in der alle Ausgaben ohnehin schon unerschwinglich hoch anschwellen. Immerhin würden die Mitglieder in gesunden Tagen die kleine Mehrbelastung gern tragen, denn sie würde nur im Einklange stehen mit der allgemeinen Entwertung des Geldes und sie würde andererseits mehr als doppelt wettgemacht werden durch das Bewußtsein einer besseren Fürsorge in kranken Tagen. Der Erhöhung von Einnahmen würden nun allerdings für die Krankenkassen auch erhöhte Ausgaben an Barleistungen gegenüberstehen, da diese sich nach dem Grundlohn richten. Nun ist aber zu berücksichtigen, daß die Barleistungen nur etwa 45 Prozent der Gesamtausgaben der Krankenkassen ausmachen (vgl. hierzu Statistik des Deutschen Reiches „die Krankenversicherung im Jahre 1912" S. 13). Es würde sich also immer noch ein erheblicher Überschuß der vermehrten Einnahmen über die vermehrten Ausgaben ergeben müssen.

Hand in Hand mit dieser Neuregelung wäre natürlich auch eine Hinaufrückung der Höchstgrenze für die Versicherungspflicht von 2500 ℳ auf 4000 ℳ erstrebenswert. Das ist recht leicht damit zu begründen, daß heute ein Einkommen von 4000 ℳ an Wert nur einem Einkommen von 2500 ℳ in Friedenszeiten gleichkommt. Die gleichen Erwägungen, die damals dazu führten, Personen mit einem Einkommen bis zu 2500 ℳ der Versicherungspflicht zu unterwerfen, würden heute auch für die Angestellten die Versicherungspflicht erheischen, die bis zu 4000 ℳ verdienen. Es könnte sogar behauptet werden, daß im Kriege noch mancherlei Gründe für eine Sicherstellung dieser Personenkreise hinzukommen. Den Kassen kann unter den heutigen Verhältnissen ein kleiner Zuwachs an gut entlohnten, zahlungsfähigen Versicherten nur willkommen sein. Er wird gleichfalls etwas dazu beitragen, das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben wiederherzustellen.

Alles in allem ergibt sich, daß die Krankenkassen durch den Krieg in eine nicht geringe Bedrängnis geraten sind; diese Bedrängnis wird noch zunehmen, je länger der Krieg dauert, und sie wird auch nach Beendigung des Krieges noch für Jahre hinaus nachwirken. Eine Abhilfe ist dringend geboten. Sie kann unter keinen Umständen länger hinausgeschoben werden. Ein Allheilmittel für die Beseitigung der Kriegsnot der Krankenkassen ist nicht vorhanden. Es bestehen jedoch einige Wege, die, soweit sie schon jetzt gangbar sind, eine Behebung des größten Notstandes wenigstens für die Zeit versprechen, in der mangels eines genauen Überblicks über die weitere Entwicklung des Krieges und der damit zusammenhängenden Lage unseres Volkes grundstürzende Änderungen oder Entlastungen nicht in Betracht kommen. Voraussetzung ist jedoch, daß die vorgeschlagenen Mittel möglichst gleichzeitig zur Anwendung kommen, da ein jedes für sich allein zur Behebung der bestehenden Schwierigkeiten kaum ausreichen dürfte.

Digitized by Google

Änderungen des österreichischen Unfallversicherungsrechts im Vergleich mit dem deutschen Rechte.

Die österreichische Unfallversicherung ruht auf dem Gesetze vom 28. Dezember 1887 (RGBl. 1888 Nr. 1) und auf dem Ausdehnungsgesetze vom 20. Juli 1894 (RGBl. Nr. 168). Zu vgl. „Die Arbeiter-Versicherung im Auslande", herausgegeben von Dr. Zacher, Heft VII/VIII S. 15 ff., 80 ff. nebst dem Nachtragshefte VII a, bearbeitet von Kögler S. 15 ff., 70 ff.*); über ein ergänzendes Gesetz, betreffend die Verpflichtung der Unternehmer unfallversicherter Betriebe zur Führung von Lohnlisten: Kompert in ArbVers. 1909 S. 306 ff.; über 25 Jahre österreichischer Unfallversicherung: Lange daselbst 1915 S. 529 ff.

Nunmehr ist mit Wirkung vom 1. Juli 1917 ab ein neues Gesetz vom 21. August 1917, betreffend die Abänderung einiger Bestimmungen über die Unfallversicherung der Arbeiter, erlassen (RGBl. Nr. 363). Es paßt einige Vorschriften den inzwischen veränderten Verhältnissen oder sonst hervorgetretenen Bedürfnissen an und berücksichtigt namentlich auch den gesunkenen Geldwert. Als besonders wichtig und im Vergleich mit dem deutschen Rechte bemerkenswert sei aus dem Inhalt des Gesetzes folgendes hervorgehoben:

§ 5 ist durch folgende Bestimmungen — Abs. 2 und 3 — ergänzt:

„Den beim Betrieb sich ereignenden Unfällen sind jene gleichzuhalten, die sich bei solchen häuslichen oder anderen Verrichtungen ereignen, zu denen der Versicherte neben der die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung und während ihrer Dauer durch den Betriebsunternehmer oder in seinem Namen oder durch einen dem Versicherten im Arbeitsverhältnis Vorgesetzten herangezogen wird.

Ebenso sind den beim Betriebe sich ereignenden Unfällen jene gleichzuhalten, die sich auf dem Wege von der Wohnung zur Arbeit oder von der Arbeit zur Wohnung ereignen, sofern dieser Weg keine im Eigeninteresse des Versicherten begründete oder sonstige mit dem Arbeitsverhältnis nicht zusammenhängende Unterbrechung erfahren hat."

*) Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde. Einzelpreis für Heft VII/VIII 3 ℳ; für Heft VII a 4,50 ℳ.

Der erste dieser beiden Sätze entspricht dem § 546 der deutschen RVO.; der zweite aber geht im Interesse der Versicherten wesentlich über das hinaus, was die Rechtsprechung nach unserem Recht als Betriebsunfall anerkennt. Das Reichsversicherungsamt geht im allgemeinen davon aus, daß die Wege der Versicherten zu und von der Betriebsstätte nicht schon oder nicht mehr die Zwecke des Betriebs zu fördern bestimmt sind, daß bei ihnen vielmehr das eigenwirtschaftliche Interesse der Versicherten im Vordergrunde steht und daß daher ein Unfall auf einem dieser Wege nur ausnahmsweise als Betriebsunfall anzusehen und zu entschädigen ist, nämlich dann, wenn er sich innerhalb der Betriebsstätte oder doch innerhalb ihres Gefahrenbereichs ereignet oder wenn sonstige Umstände die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs des Unfalls mit dem Betriebe rechtfertigen (zu vgl. Handb. der UnfVers. 3. Aufl. I. S. 89 ff., auch S. 97 ff.). Bei der Beratung der Abänderung der Unfallversicherungsgesetze (1900) hat diese Rechtsprechung eine mittelbare Anerkennung gefunden dadurch, daß ein Antrag, die Versicherung allgemein auf den Weg zu und von der Arbeitsstätte zu erstrecken, mit großer Mehrheit abgelehnt worden ist (Drucks. des Reichst. 1899/1900, Komm. Ber. Nr. 703 a S. 4). Die Reichsversicherungsordnung hat an dieser Rechtslage nichts geändert (zu vgl. Moesle-Rabeling S. 79 Anm. 13 zu § 544 RVO.). Demgegenüber rechnet das neue österreichische Gesetz jene Wege grundsätzlich zur versicherten Betriebstätigkeit und nimmt nur Unterbrechungen aus, die im Eigeninteresse des Versicherten oder sonst ohne Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis gemacht werden. Das ist ein erheblicher Fortschritt über das deutsche Recht hinaus.

Der Jahresarbeitsverdienst war bei der Rentenberechnung bisher nach § 6 nur soweit anzurechnen, als er 2400 Kr.

Digitized by Google

nicht überstieg. Bei Lehrlingen, Volontären, Praktikanten usw., die nichts oder wenig verdienen, betrug die Höchstgrenze 600 Kr. Die Vollrente war auf 60 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes bemessen, und die Teilrente durfte nicht mehr als 50 v. H. betragen. Auch hierin ist eine wesentliche Besserung eingetreten durch folgende Änderungen:

„Übersteigt der Jahresarbeitsverdienst eines Arbeiters oder Betriebsbeamten die Summe von 3600 Kr., so bleibt der Mehrbetrag außer Berechnung.

Der Jahresarbeitsverdienst von Lehrlingen, Volontären, Praktikanten und anderen Personen, die wegen noch nicht beendeter Ausbildung gar nicht oder nicht voll entlohnt werden, ist in derselben Höhe wie der niedrigste Jahresarbeitsverdienst vollentlohnter Arbeiter oder Betriebsbeamter jener Beschäftigung, für welche die Ausbildung erfolgt, jedoch höchstens mit einem Betrage von 1200 Kr. und mindestens mit einem Betrage von 600 Kr. zu bemessen. Hat der Verletzte einen 1200 Kr. übersteigenden Jahresarbeitsverdienst bezogen, so ist dieser im vollen Ausmaß der Bemessung zugrunde zu legen. Die Rente beträgt:

a) im Falle gänzlicher Erwerbsunfähigkeit und für deren Dauer zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes;

b) Im Falle teilweiser Erwerbsunfähigkeit und für deren Dauer einen Bruchteil der unter a festgesetzten Rente, der nach dem Maße der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu bemessen ist.

Die volle Rente kann auch solchen Verletzten, welche nicht mehr gänzlich erwerbsunfähig sind, vorübergehend als Rekonvaleszentenrente dann gewährt werden, wenn der Verletzte zur gänzlichen Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit oder zur Besserung seines Zustandes besonderer Schonung bedarf.

Solange der Verletzte infolge des Unfalles nach Beendigung des Heilverfahrens derart hilflos ist, daß er fremder Pflege und Wartung bedarf, ist die Rente auf das Anderthalbfache der vollen Rente zu erhöhen."

Der letzte Satz betrifft die Hilflosenrente und entspricht dem § 560 unserer RVO. Dieser schreibt jedoch nur vor, daß die Rente des Hilflosen „entsprechend, jedoch höchstens bis zum vollen Jahresarbeitsverdienste" (d. i. wie nach dem österr. Recht der anderthalbfache Betrag der Vollrente) zu erhöhen ist. Es ist also ein Spielraum für die Anpassung der Rentenerhöhung an das im Einzelfalle festzustellende Maß der Hilflosigkeit gelassen, während das österreichische Gesetz die Erhöhung ein für allemal auf den Höchstbetrag des deutschen Rechtes bestimmt, und zwar schon für den Fall, daß der Verletzte überhaupt nur so hilflos ist, daß er „fremder Pflege und Wartung bedarf" — im Unterschiede von der doch wohl strengeren Anforderung des § 560 RVO., wonach der Verletzte so hilflos sein muß, daß er „nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann". — Der vorletzte Satz der oben erwähnten Änderung des § 6 betrifft die Schonungsrente. Er hat in der RVO., wie in unseren älteren Unfallversicherungsgesetzen, kein Vorbild, stellt aber nur einen Grundsatz fest, den die deutsche Rechtsübung von jeher als geltend anerkannt und befolgt hat. Die Berufsgenossenschaften haben sich immer, auch ohne ausdrückliche Ermächtigung, nach dem Zwecke des Gesetzes für ermächtigt gehalten, die Rente zunächst höher, als es dem Grade der Erwerbsunfähigkeit entspricht, festzusetzen, wenn dies angezeigt erschien, um dem Verletzten noch einige Schonung zu ermöglichen und ihm Zeit zur Gewöhnung an die Arbeit, zur besseren Ausbildung und Ausnutzung der ihm verbliebenen Arbeitsfähigkeit zu geben; und das Reichsversicherungsamt hat dies gebilligt, indem es zugleich aussprach, daß in solchen Fällen der Ablauf einer angemessenen Übergangszeit eine die Rentenminderung rechtfertigende wesentliche Änderung der Verhältnisse darstellt, die für die Rentenfeststellung maßgebend gewesen sind (zu vgl. § 608 RVO.; Handb. der UnfVers. I. S. 524). Dies darf auch als Sinn der neuen österreichischen Vorschrift angesehen werden.

Zugunsten der Versicherten aufgebessert sind auch die Vorschriften des § 7 über die Unfallentschädigung im Falle des Todes des Verletzten. Das wesentlichste der Neuerungen ist folgendes: Der Höchstbetrag der Beerdigungskosten ist von 50 auf 100 Kr. erhöht. Hinsichtlich der Hinterbliebenenrente sind die unehelichen Kinder den ehelichen gleichgestellt, und zwar nicht nur im Falle der Tötung der unfallversicherten Mutter, sondern auch des versicherten Vaters, „wenn dessen Vaterschaft schon bei Lebzeiten gerichtlich festgestellt oder außergerichtlich anerkannt worden ist oder, falls das Kind erst nach dem Tode des Verletzten geboren wurde, die Vaterschaft gerichtlich festgestellt wird".

Digitized by Google

Das ist eine bemerkenswerte Verbesserung gegenüber dem deutschen Rechte, wonach beim Tode des Vaters das uneheliche Kind Anspruch auf die Rente nur hat, „soweit der Verstorbene ihm nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat" (§ 588 RVO.), so daß insbesondere ein Anspruch des erst nach dem Tode des Vaters geborenen unehelichen Kindes nicht besteht (Entsch. des RVA. 2788, Amtl. Nachr. 1915 S. 403, ArbVers. 1914 S. 765). Am Betrag der Rente — je 15 v. H. für eine Halbwaise, 20 v. H. für eine Vollwaise — ist nichts geändert. Doch ist der Höchstbetrag, den die Renten der Witwe oder des Witwers und der Kinder zusammen nicht übersteigen dürfen, von 50 v. H. auf zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes erhöht worden. Außer der Witwe, dem Witwer und den Kindern waren bisher nur noch die Aszendenten des Verstorbenen rentenberechtigt, und zwar nur wenn dieser „ihr einziger Ernährer" war. Jetzt sieht das Gesetz eine Rente auch vor „für Aszendenten, Enkel und Geschwister des Verstorbenen, wenn dieser zu ihrem Lebensunterhalt wesentlich beigetragen hat, und zwar für Aszendenten bis zu ihrem Tode oder bis zum Wegfall der Bedürftigkeit, für Enkel und Geschwister bis zum zurückgelegten 15. Lebensjahr, 20 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes. Dieser Betrag darf wegen des Vorhandenseins mehrerer Berechtigter nicht überschritten werden und gebührt in diesem Falle den Eltern der Vorzug vor den Großeltern und diesen vor den Geschwistern, ferner den Eltern vor den Enkeln und diesen vor den Geschwistern". Diese Vorschrift lehnt sich zum Teil an das deutsche Recht an (§§ 593, 594, 595), enthält aber in der Berücksichtigung der Geschwister, die nach der RVO. schlechthin nicht rentenberechtigt sind, eine weitere wichtige Begünstigung der Versicherten.

M. R.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 8 der Amtl. Nachr. vom 15. August 1917.)

I. Unfallversicherung.

Wenn mangels Unfallfolgen eine Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft nicht in Frage kommt, kann auch der Unternehmer nicht nach § 902 RVO. die Feststellung, ob ein Betriebsunfall vorliegt, betreiben (2962 S. 527).

Hat der Versicherungsträger statt der bisherigen vorläufigen Rente eine niedrigere Dauerrente zuerkannt, so kann er in der Berufungsinstanz nicht zur Weitergewährung der bisherigen Rente als einer vorläufigen verurteilt werden; die Bezeichnung der Rente als vorläufige gilt in solchem Fall als nicht geschrieben (2963 S. 528).

Abgesehen von den Fällen, in denen wegen einer Frage von grundsätzlicher Bedeutung eine Beschlußsache auf Grund des § 1781 Abs. 2 Satz 2 RVO. dem Beschlußsenate besonders überwiesen ist, muß der Beschlußsenat über eine vorinstanzliche Entscheidung der Beschlußkammer nach Abs. 1 Satz 2 a. a. O. nur dann entscheiden, wenn die Beschlußkammer unmittelbar auf Grund des Gesetzes zu entscheiden hatte, aber nicht, wenn sie erst mittelbar durch eine auf Grund des Abs. 2 a. a. O. ergangene Anordnung ihres Vorsitzenden zur Entscheidung berufen war (2964 S. 529).

Bei Streit mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungspflicht erledigt sich die Pflicht des einen zur Einleitung des Verfahrens nach §§ 1735 ff. RVO. nicht dadurch, daß er über den Entschädigungsanspruch einen ablehnenden Bescheid erteilt hat (2965 S. 530).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Eine Kasse darf schuldige Leistungen für die Folge nicht deshalb ablehnen, weil der Versicherte von ihr und von einer unzuständigen Kasse bisher insgesamt mehr erhalten hat, als er von ihr für die ganze Leistungsdauer beanspruchen könnte (2966 S. 536).

Der in § 3 Ziff. 1, § 8 der Bekanntmachung, betreffend Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. 12. 14 vorgesehene Entbindungskostenbeitrag ist auch zu zahlen, wenn der Wöchnerin durch die Entbindung keine Kosten entstanden sind. — Wenn die Wöchnerin während der 7. und 8. Woche nach der Entbindung infolge von Krankheit arbeitsunfähig war, ist das Wochengeld aus § 195 RVO. für eine entsprechend lange Zeit vor der Entbindung zu gewähren. — Die von einem Versicherungsträger nach § 59 Abs. 2 RVO. zu erstattenden Barauslagen des Verfahrens

Digitized by Google

in Spruchsachen dürfen dem Versicherungsträger nicht in der im Spruchverfahren ergehenden Entscheidung auferlegt werden (2367 S. 536).

Anspruch auf Wochenhilfe nach § 8 der Bek. betr. Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. 12. 14 haben auch gegen Krankheit versicherte Angehörige neutraler Staaten (2368 S. 538).

Ein Erstattungsanspruch nach § 197 RVO. besteht auch, wenn die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft allein schon bei der leistungspflichtigen Kasse sechs Monate hindurch versichert war (2369 S. 540).

Die Satzung kann bestimmen, daß den versicherungsfreien Familienmitgliedern eines Versicherten lediglich ärztliche Versorgung durch eine von der Kasse errichtete ärztliche Beratungsstelle gewährt wird. Dann hat ein Armenverband, der einem Familienmitgliede wegen Scharlacherkrankung Krankenhauspflege gewährt hat, keinen Ersatzanspruch (2370 S. 541).

Die Stundung von Beiträgen durch den Kassenvorstand ist zulässig, soweit sie sich mit geordneter Kassenverwaltung verträgt. Durch solche Stundung kann der „Zahltag" im Sinne des § 314 Abs. 1 RVO. hinausgeschoben werden. Hat der Vorstand ein säumiges freiwilliges Kassenmitglied unmittelbar nach Ablauf des zweiten satzungsmäßigen Zahltages unter Setzung einer kurzen Frist aufgefordert, bei Vermeidung der Zwangsvollstreckung und Ausschließung die rückständigen Beiträge zu zahlen, so erlischt die Mitgliedschaft erst, wenn die Beiträge nicht innerhalb der Nachfrist eingehen (2371 S. 543).

Für die Kinderzuschußrente gilt nicht die Vorschrift des § 1235 RVO., wonach länger als ein Jahr rückwärts keine Rente gewährt wird (2372 S. 545).

Bestimmt sich die Mindestverdienstgrenze eines Versicherten nach einem Berufe, den er in einer anderen Gegend ausgeübt hat als derjenigen, in der er zur Zeit des Antrags auf Invalidenrente und der Entscheidung hierüber wohnt, so ist für die Berechnung des Mindestlohns der Verdienst gleichartiger Arbeiter in der letzteren Gegend maßgebend (2373 S. 546).

Daß eine Invalidenrente für die Dauer des Heilverfahrens versagt werden kann (§ 1271 Satz 4 RVO.), gilt nur, wenn die Landesversicherungsanstalt selbst das Heilverfahren durchführt, nicht auch wenn sie zu den Kosten eines von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte durchgeführten Heilverfahrens auf Grund eines besonderen Abkommens einen Beitrag leistet (2374 S. 547).

Hat die Krankenkasse das Krankengeld auf Grund einer dem § 1511 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmung um den Betrag der Unfallteilrente von 50 v. H. gekürzt, so kann sie im Falle nachträglicher Erhöhung der Rente für die fragliche Zeit nicht nochmals gemäß § 1501 Abs. 2 Ersatz für die über die halbe Rente hinaus von ihr tatsächlich gewährten Leistungen verlangen (2375 S. 549).

Nur grobe Verletzung der Amtspflichten reicht aus, um die Vertrauenswürdigkeit eines Gewählten für die Geschäftsführung nach § 24 Abs. 1 RVO. auszuschließen (2376 S. 550).

Eine Satzungsbestimmung, wonach eine Erhöhung des Krankengeldes um einen festen Geldbetrag für jeden Arbeitstag stattfinden soll, ist unzulässig (2377 S. 551).

Ein Arbeitgeber hat einen Beschäftigten, auch wenn die Anmeldung bei der Krankenkasse unterblieben war, abzumelden und die Beiträge über das Beschäftigungsverhältnis hinaus bis zur nachträglichen Abmeldung nachzuzahlen (2378 S. 552).

Das Versicherungsamt ist zur Festsetzung und Umlegung der durch Errichtung gemeinsamer Meldestellen oder Übertragung ihrer Geschäfte auf Ortsbehörden entstehenden Kosten (§ 319 RVO.) zuständig. Die beteiligten Kassen haben die tatsächlich entstandenen sachgemäß aufgewendeten Kosten zu ersetzen; die Festsetzung eines Pauschbetrages ist unzulässig (2379 S. 554).

Zusammenkünfte der Kassenführer der Krankenkassen sind im allgemeinen nicht als Versammlungen im Sinne des § 363 Abs. 2 RVO. anzusehen (2380 S. 556).

Auch unter der Herrschaft des Reichsgesetzes, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. 8. 14 dürfen die Beitragsteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe mit erheblich höherer Erkrankungsgefahr nach § 384 Abs. 1 RVO. erhöht werden. Dies gilt auch, wenn Beiträge in Höhe von 4½ v. H. des Grundlohns erhoben werden (2381 S. 557).

Für die Frage, ob eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet sein muß, um die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 1237 RVO. zu rechtfertigen, sind die Verhältnisse zur Zeit der Antragstellung entscheidend; bei einer ledigen Person braucht solche Anwartschaft nicht zu bestehen. — Eine Militärrente nach §§ 9, 14 des Mannschaftsversorgungsgesetzes vom 31. 5. 06 (RGBl. S. 503) ist kein Ruhegeld, Wartegeld oder ähnlicher Bezug im Sinne des § 1237 und begründet nicht die Befreiung (2382 S. 559).

Das Versicherungsamt darf nicht in derselben Entscheidung über die Kranken- und Invalidenversicherungspflicht entscheiden (2382 S. 562).

Über den Anspruch eines von der Versicherungsanstalt zur Beobachtung in ein Krankenhaus eingewiesenen Rentenbewerbers auf Erstattung von Reise- usw. Kosten sowie von entgangenem Arbeitsverdienst ist nach § 1791 RVO. im Beschlußverfahren zu entscheiden (2384 S. 563).

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Bemessung des Sterbegeldes beim Tode eines in eine niedere Klasse übergetretenen Weiterversicherten.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Wiesbaden vom 8. August 1917.

In der grundsätzl. Entsch. vom 21. 12. 14 (Amtl. Nachr. 1915 S. 350 Nr. 1953; vgl. dagegen ArbVers. 1915 S. 387) hat das Reichsversicherungsamt für Recht erkannt, daß der aus der Pflichtversicherung erwachsene Anspruch auf Sterbegeld durch die Weiterversicherung nicht beeinträchtigt wird. Wenngleich diesem Rechtsspruch der § 202 RVO. zugrunde gelegt wird, so kann man doch im Unklaren darüber sein, wie solche Fälle zu behandeln sind, in denen der Weiterversicherte bei andauernder Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der im § 202 festgelegten Frist stirbt.

Der Arbeiter H. schied infolge Krankheit im Oktober 1903 aus der Pflichtversicherung aus, erhielt die satzungsmäßige Unterstützung für 26 Wochen und versicherte sich hierauf in der seitherigen höchsten Lohnklasse weiter. Obwohl sein Zustand meistens Krankenpflege nicht erforderte, war das Mitglied doch nicht fähig, einem Erwerb nachgehen zu können. Am 1. Januar 1914 erfolgte auf Antrag Versetzung in die V. und am 1. September 1916 Versetzung in die I. (niedrigste) Lohnstufe. Bei dem am 11. Januar 1917 erfolgten Tode wurde das Sterbegeld der niedersten Stufe ausgezahlt, wogegen die Witwe Klage erhob. Sie beanspruchte das Sterbegeld der V. Lohnstufe. Das Versicherungsamt wies die Klage ab, mit der Begründung, daß die baren Leistungen der Kasse sich grundsätzlich nach den gezahlten Beiträgen richten. Würde man von diesem Grundsatz abweichen, und, wie beantragt, ihr das Sterbegeld der V. Lohnklasse zusprechen, dann bedeutete dies eine unbillige Belastung der Kasse.

Die Klägerin legte Berufung ein. Die beklagte Krankenkasse beantragte demgegenüber, gemäß § 1693 RVO. zu verfahren, da sie die grundsätzl. Entsch. des RVA. vom 21. Dezember 1914 (Amtl. Nachr. 1915 S. 350) für unzutreffend halte. Wenn auch der Fall, der in jener Entscheidung behandelt werde, etwas anders liege, als der vorliegende Streitfall, so könne sich die Urteilsbegründung, wonach die Weiterversicherung nicht Rechte beeinträchtigen könne, die aus der Pflichtmitgliedschaft bereits erwachsen seien, gleichwohl auf diesen Fall beziehen.

Das Oberversicherungsamt entschied jedoch in der Sache selbst und wies die Berufung als unbegründet zurück aus folgenden Gründen:

Die Abgabe einer Streitsache nach § 1693 RVO. ist nur dann zulässig, wenn die Entscheidung über den Klageanspruch von der Entscheidung einer grundsätzlichen Frage abhängt oder das Oberversicherungsamt von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen will. Im vorliegenden Falle ist keine der beiden Voraussetzungen gegeben. Denn die Feststellung, ob der Anspruch der Klägerin auf das Sterbegeld der V. Lohnstufe begründet ist, liegt nach Lage der Sache auf rein tatsächlichem Gebiete; sie ist, in Verbindung mit § 201 RVO. lediglich nach den Vorschriften der Kassensatzung zu bewirken. Danach wird beim Tode eines Versicherten das Zwanzigfache des Grundlohnes gezahlt, das ist, da der Ehemann der Klägerin zur Zeit seines Todes Mitglied der I. Stufe war, nach § 32 Ziff. IV A der Kassensatzung ein Betrag von 32 ℳ.

Die Ausnahmevorschriften des § 202 RVO. können hier nicht in Betracht gezogen werden, weil der verstorbene Ehemann der Klägerin zuletzt und zwar vom 3. Oktober 1916 bis zum 17. Oktober 1916 allein aus seiner, seit dem 1. September 1916 in Lohnstufe I erfolgten Weiterversicherung Krankenhilfe erhalten hat. Daß dieser Weiterversicherung eine Weiterversicherung in der V. Lohnstufe vorausgegangen ist und vorher bis zum 12. Oktober 1903 eine Pflichtmitgliedschaft in der VI. Lohnstufe bestanden hat, ist hiernach belanglos.

Da für die Anwendung des § 202 RVO. hiernach kein Raum war, konnte auch die zu diesem Paragraphen ergangene obenerwähnte grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts nicht in Berücksichtigung gezogen werden.

Das Oberversicherungsamt hat deshalb in der Sache selbst entschieden und aus den rechtlich und sachlich zutreffenden Erwägungen der Vorentscheidung der Berufung den Erfolg versagt.

C. Zur Unfallversicherung.

Voraussetzungen der Rente für Verwandte aufsteigender Linie.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 12. Mai 1917 (I a 4879/16. 7 A).

Nach Prüfung des Sachverhalts hat das Reichsversicherungsamt keinen Anlaß gefunden, von dem angefochtenen Urteil abzuweichen, da es die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Auch durch die Ausführungen der Beklagten im Rekursverfahren sind die Gründe dieses Urteils nicht widerlegt worden. Insbesondere mußte der Kläger als bedürftig angesehen werden, da er selbst völlig erwerbsunfähig ist und sein Einkommen nur aus 20 ℳ 80 ₰ Invalidenrente und 10 ℳ 80 ₰ Knappschaftsrente sowie dem Werte seiner Wohnung und dem ihm gehörigen Grundstücke mit 22 ℳ monatlich, insgesamt also 53 ℳ 60 ₰ monatlich besteht, dies Einkommen aber mit Rück-

Digitized by Google

sicht auf die Teuerungsverhältnisse des Industriebezirks, in welchem er lebt, nicht als auskömmlich erachtet werden kann. Für die Frage, ob der verstorbene Sohn wesentlich zum Unterhalt des Klägers beigetragen hat, kommt es nur auf den Zeitpunkt seines Todes an. In diesem Zeitpunkt war der Sohn Johann als Schlosser in der Gutehoffnungshütte angestellt und verdiente täglich 8 ℳ 91 ₰. Der Umstand, daß seine Anstellung erst 13 Tage vor dem Unfall erfolgt war, konnte nur dann von Bedeutung sein, wenn festgestellt wäre, daß diese Anstellung eine lediglich vorübergehende gewesen sei. In diesem Falle wäre zu berücksichtigen gewesen, daß der Sohn vor seiner Anstellung nur Lehrling war und 2 ℳ 50 ₰ täglich verdiente. Dies ist aber nicht der Fall, vielmehr handelt es sich um eine als dauernd gedachte Beschäftigung. Unstreitig hat nun der Sohn das hohe Verdienst von 8 ℳ 91 ₰ an den Kläger abgeliefert. Für die Frage, ob die Unterhaltskosten des Sohnes so hohe waren, daß sie das von ihm dem Vater Gewährte erreichten oder überstiegen, kann daher nicht, wie die Beklagte vermeint, der im letzten Jahre vor dem Tode von dem Sohn tatsächlich verdiente Arbeitslohn mit 1085 ℳ zugrunde gelegt werden und davon angebliche Unterhaltskosten von 950 ℳ in Abzug gebracht werden, sondern es mußte der Tagelohn von 8 ℳ 91 ₰ zugrunde gelegt und davon der Betrag der täglichen Unterhaltskosten in Abzug gebracht werden. Die Annahme derselben auf jährlich 950 ℳ ist dabei von dem Gemeindevorsteher offenbar zu hoch veranlagt werden. Aber selbst wenn man $\frac{950}{360}$ zugrunde legt, so würde doch 8 ℳ 91 ₰ — 2 ℳ 60 ₰ = 6 ℳ 31 ₰ täglich Überschuß vorhanden sein, und somit der Sohn zur Zeit des Unfalls sehr wesentlich zum Unterhalte des Vaters beigetragen haben. — Der Anspruch des Klägers auf Aszendentenrente war hiernach begründet.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Nachbringung freiwilliger Beiträge zur Invalidenversicherung ist nach dem Tode des Versicherten schlechthin unzulässig.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 28. Februar 1917 (2358 Amtl. Nachr. 1917 S. 510).

Nach § 1252 RVO. setzt die Gewährung der Hinterbliebenenfürsorge unter anderem voraus, daß der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat. Es fragt sich, ob die Anwartschaft, die im vorliegenden Falle an sich am 6. April 1915 erloschen war, durch die nach dem Tode des Versicherten innerhalb der Jahresfrist des § 1443 verwendeten Beitragsmarken nachträglich aufrechterhalten werden konnte. Für Pflichtmarken hat das Reichsversicherungsamt dies in der Revisionsentsch. (Amtl. Nachr. 1896 S. 306) aus Gründen bejaht, die aus dem Wesen der Pflichtversicherung entnommen sind. Für die freiwillige Versicherung kann das gleiche nicht gelten; denn hier handelt es sich um ein höchst persönliches Recht des Versicherten, das an sein Leben gebunden ist und auf die Erben nicht übergeht. Seine Ausübung erfordert der Natur der freiwilligen Versicherung entsprechend eine Willensäußerung des Versicherten selbst (ebenso Hanow-Lehmann, Kommentar Anm. 7 e zu § 1443). Danach kann es keinen Unterschied machen, ob die Klägerin zur Zeit der Markenverwendung vom Tode ihres Ehemannes Kenntnis gehabt hat oder nicht. Nach dem Ableben des Versicherten ist die Entrichtung freiwilliger Beiträge für ihn ausgeschlossen. Dies muß auch für den Fall eines Auftragsverhältnisses gelten, das hier vom Oberversicherungsamt auf Grund der von ihm erhobenen Beweise angenommen worden ist. Allerdings erlischt nach § 672 des Bürg. Gesetzb. der Auftrag im Zweifel nicht durch den Tod des Auftraggebers. Zur Ausübung des Rechtes der freiwilligen Versicherung gehört aber nicht nur die Äußerung eines darauf gerichteten Willens, sondern auch seine Betätigung, die Markenverwendung. In ihr erschöpft sich die freiwillige Versicherung, während bei der Pflichtversicherung die versicherungspflichtige Tätigkeit im Vordergrunde steht und die Markenverwendung als gesetzliche Folge dieser Tätigkeit innerhalb des Rahmens des § 1442 RVO. jederzeit, also auch nach dem Tode des Versicherten, nachgeholt werden kann. Das hat zur Folge, daß eine zwar beabsichtigte, aber noch nicht ausgeführte freiwillige Versicherung unterbleiben muß, wenn der Versicherte inzwischen stirbt, und daß ein dahingehender Auftrag mit dem Tode des Auftraggebers gegenstandslos wird. Selbst wenn also die Klägerin die Marken in Erfüllung eines ausdrücklichen Auftrags ihres Ehemannes verwendet hat, können diese nicht angerechnet werden, weil der Versicherte zur Zeit der Verwendung nicht mehr lebte. Die von der Klägerin angeführte Bundesratsverordnung vom 23. Dezember 1915 kann nicht zu ihren Gunsten herangezogen werden. Nach § 3 dieser Verordnung dürfen für Versicherte, die während des gegenwärtigen Krieges in deutschen oder österreichisch-ungarischen Diensten militärische Dienstleistungen verrichten, Beiträge, die bei dem Beginne der Dienstleistungen noch wirksam nachentrichtet werden konnten, wenn es sich um freiwillige Beiträge handelt, in dem nach § 2 Abs. 2 und 3 zulässigen Umfang, d. h. soweit sie zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft erforderlich sind, und zwar auch nach eingetretener Invalidität, nachentrichtet werden. Hiernach wäre im

Digitized by Google

vorliegenden Falle der Versicherte selbst auch jetzt noch zur Nachverwendung der Marken befugt. Denn am 2. Juni 1915, als er zur Dienstleistung eingezogen wurde, war eine wirksame Nachverwendung von 20 Beitragsmarken für den Anwartschaftszeitraum vom 6. April 1913 bis dahin 1915 noch möglich.

Die Bestimmung des § 3 a. a. O. bietet aber keinen Anhalt für die Annahme, daß abweichend von dem Rechte der Reichsversicherungsordnung die Verwendung freiwilliger Beiträge für einen Versicherten auch noch nach seinem Tode zugelassen werden sollte. Vielmehr ist umgekehrt aus dem Umstand, daß der Gesetzgeber es für notwendig gehalten hat, seine Absicht, hier ausnahmsweise die Markenverwendung noch

Digitized by Google

nach eingetretener Invalidität, zuzulassen, durch eine ausdrückliche Vorschrift kundzutun, die Schlußfolgerung gerechtfertigt, daß für den Fall des Todes nicht das gleiche gelten sollte. Es ist anzunehmen, daß sonst dieser Fall besonders mit aufgeführt wäre. Auch aus dem Wortlaut des § 3 a. a. O. läßt sich nichts Gegenteiliges entnehmen. Wenn es dort heißt, „für" Versicherte dürften Beiträge nachentrichtet werden, so erklärt sich diese Fassung, wie schon das Königl. Sächs. Landesversicherungsamt in einer Revisionsentsch. vom 13. Mai 1916 (21 J/L) dargelegt hat, einfach dadurch, daß in dem gleichen Satze die Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen geregelt ist, die häufig durch Dritte, insbesondere durch die Arbeitgeber für den Versicherten, entrichtet werden. Eine ausdehnende Auslegung des § 3 a. a. O. ist daher nicht gerechtfertigt, um so weniger als es sich hier um eine Ausnahmebestimmung handelt, die nach allgemeiner Rechtsregel streng auszulegen ist (ebenso die erwähnte Revisionsentsch. des Königl. Sächs. Landesversicherungsamts; Hanow-Lehmann, Die Kriegsverordnungen zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, Anm. 7 zu § 3 a. a. O., Anm. 9 zu § 2 a. a. O.; Seelmann, Zentralbl. der Reichsvers. 1916 Sp. 88; Bracht, Monatsschr. f. Arb. und Angest.-Vers. 1916 Sp. 87; Sonderhoff, ArbVers. 1916 S. 51).

Können hiernach die von der Klägerin nachträglich verwendeten 20 Beitragsmarken nicht angerechnet werden, so ist die Anwartschaft endgültig erloschen. Da es somit an einer der gesetzlichen Voraussetzungen des Witwengeldanspruchs gebricht, war die Berufung gegen den ablehnenden Bescheid der Beklagten als unbegründet zurückzuweisen.

Kriegsverschollenheit macht den Tod wahrscheinlich im Sinne des § 1265 RVO.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. Mai 1917 (2357 Amtl. Nachr. 1917 S. 509).

Die Klägerin beansprucht Waisenrente auf Grund der Tatsache, daß ihr Vater, gegen dessen Rentenanwartschaft Bedenken nicht vorliegen, im Kriegsdienst seit dem 30. September 1914 länger als ein Jahr vermißt ist. Das Oberversicherungsamt hat den Anspruch abgelehnt, weil keine Nachrichten über seinen Verbleib vorliegen, auch sonstige Umstände, die seinen Tod glaubhaft machen könnten, nicht nachgewiesen seien. Das Oberversicherungsamt verweist die Klägerin auf die Todeserklärung im Wege des Aufgebotsverfahrens.

Es verkennt hierbei insofern den Begriff der Verschollenheit, als es ihn den Voraussetzungen zu einer Todeserklärung nach der Bekanntmachung des Bundesrats vom 18. April 1916 (Reichs-Gesetzbl. S. 296, Amtl. Nachr. 1916 S. 510) gleichsetzen will. Diese Bekanntmachung soll offensichtlich den strengeren Vorschriften des allgemeinen bürgerlichen Rechts über Todeserklärungen (Bürg. Gesetzb. §§ 13 ff., besonders § 15) gegenüber die Todeserklärung Kriegsverschollener erleichtern. Auf die Sondervorschriften des § 1265 der RVO., die sich bereits als Erleichterungen gegenüber den Verschollenheitsvorschriften des bürgerlichen Rechts darstellen, wirkt die Bekanntmachung nur insofern, als sie die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung dem Kriegsfall anpaßt und auch hier Erleichterungen für den Nachweis der Verschollenheit schafft.

§ 1265 RVO. stellt im ersten Satze den Grundsatz auf, daß die gesetzlichen Leistungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auch bei Verschollenheit des Versicherten zu gewähren sind. Wann Verschollenheit anzunehmen ist, richtet sich zunächst nach den allgemeinen Vorschriften des bürgerlichen Rechts. Für das Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind daneben durch den zweiten Satz im Abs. 1 des § 1265 weniger strenge Voraussetzungen für die Verschollenheit aufgestellt. Wenn nun nach der Bekanntmachung vom 18. April 1916 unter Abänderung der allgemeinen Vorschriften des bürgerlichen Rechts der Umstand, daß ein Teilnehmer am gegenwärtigen Kriege während des Krieges vermißt wird, als eine Tatsache anzusehen ist, welche das erleichterte Aufgebotsverfahren zur Todeserklärung rechtfertigt, so liegt darin auch das Anerkenntnis, daß dieser Umstand den Tod des Kriegsteilnehmers wahrscheinlich macht. Sonach ist auch nach § 1265 RVO. für die im § 1 der Bekanntmachung bezeichneten Kriegsteilnehmer die Tatsache, daß sie während des Krieges vermißt werden, ein Umstand, der ihren Tod wahrscheinlich macht, und deshalb bei Erfüllung der weiteren Voraussetzungen Anspruch auf die Versicherungsleistungen begründet.

Aufgabe der Versicherungsorgane bei Aufklärung des Sachverhalts ist es, von den hiernach zulässigen Wegen den nach Lage des einzelnen Falles kürzesten und einfachsten zu wählen. Ein schwebendes oder abgeschlossenes Aufgebotsverfahren kann die Entscheidung erleichtern. Es ist aber ein Mangel des Verfahrens, die Beteiligten auf ein Aufgebotsverfahren zu verweisen, wenn Beweismittel zur selbständigen Prüfung zur Verfügung stehen und voraussichtlich schneller und weniger kostspielig zum Ziele führen können. In diesem Sinne ist auch nur der Runderlaß des Reichsversicherungsamts vom 18. Mai 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 509), durch den die Bekanntmachung über die Todeserklärung den Versicherungsanstalten mitgeteilt ist, in seinem dritten Absatz auszulegen.

Digitized by Google

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1917 S. 207 ff.)

Nr. 231. Obermonteure einer Fabrik für Zentralheizungen, die einer Montagegruppe von drei bis fünf Arbeitern und Monteuren vorgesetzt sind, ihrerseits aber unter der fortdauernden Aufsicht der betriebsleitenden Ingenieure und besonderer Montagemeister stehen und für den Ausfall der Arbeit nicht verantwortlich sind, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 232. Ein sogenannter Kommissionswerkmeister, der in seinen eigenen Räumen für eine Zigarrenfabrik Zigarren herstellt, die dazu erforderlichen Arbeiter annimmt und entläßt, ihre Löhne festsetzt und die Arbeit unter sie verteilt, ist als selbständiger Gewerbetreibender nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn sein Betrieb durch einen Vertreter der Firma regelmäßig kontrolliert wird und er während der Dauer des Vertrags für andere Firmen nicht arbeiten darf.

Nr. 233. Ein Ziegelmeister, der den Betrieb einer Ziegelei leitet und die Arbeiter selbständig annimmt und entläßt, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, auch wenn er in erheblichem Maße körperlich selbst mitarbeitet.

Nr. 234. Berufsmäßige Krankenpfleger, die für wechselnde Auftraggeber tätig sind, sind in der Regel als selbständige Gewerbetreibende nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 235. Die Beschäftigung eines Ehegatten durch einen anderen (§ 6 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) ist nicht eine „an sich nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Tätigkeit" im Sinne des § 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 30. September 1916 (Reichs-Gesetzblatt S. 1097).

Nr. 236. Der Inhaber einer Militärkantine, der diese auf Grund eines mit dem Pächter geschlossenen Vertrags nach Art eines Unterpächters bewirtschaftet, ist als selbständiger Gewerbetreibender nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er dem Pächter gegenüber gewisse Verpflichtungen, z. B. Reinhaltung der Kantine, Nichtzulassung von Glücksspielen, Einhaltung einer bestimmten Verkaufszeit und dgl. übernommen hat.

Nr. 237. Ein Bauingenieur, der bei einer Fortifikation auf Privatdienstvertrag gegen einen zwischen 20 und 12 ℳ wechselnden Tagesentgelt beschäftigt ist, leistet nicht Kriegs- oder ähnliche Dienste im Sinne des § 1 der Bekanntmachung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915.

Sprechsaal.

Der Rechtsanwalt und die Sozialversicherung.

Die Vergütung für die Berufstätigkeit der Rechtsanwälte im Verfahren vor den Versicherungsbehörden ist durch die auf Grund des § 1804 RVO. erlassene Kaiserl. Verordg. v. 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1094) recht karg bemessen. Wir haben darauf und auf die Folgen, die das notwendigerweise haben würde, schon im Jahrg. 1912 S. 433 ff. aufmerksam gemacht. Die Annahme, daß das Interesse der Anwälte an diesem ihnen ohnehin ziemlich fern liegenden Rechtsgebiete nicht eben geweckt werden würde, und daß hierunter vor allem die Versicherten, außerdem aber auch die Versicherungsträger würden leiden müssen, weil es ihnen mehr und mehr schwer fallen würde, in schwierigen Rechtssachen nach der Reichsversicherungsordnung — für die Angestelltenversicherung gelten entsprechende Vorschriften — kundige und verläßliche Berater zu finden, diese Annahme hat sich seitdem vollauf bestätigt. Die Geringfügigkeit der geltenden Gebührensätze, deren Überschreitung im Wege der Vereinbarung nach § 1805 verboten ist, wird naturgemäß gegenwärtig infolge des gesunkenen Geldwertes noch peinlicher empfunden; die Abneigung der ohnehin infolge der Einziehung zum Kriegsdienst arg zusammengeschrumpften Zahl von Anwälten, sich mit Versicherungssachen zu befassen, ist noch gewachsen, zumal dieser Rechtsstoff infolge der zahlreichen Kriegsverordnungen immer umfangreicher, verwickelter und unübersichtlicher, die Bewältigung noch schwieriger und die Verantwortung noch größer geworden ist. So liegen die Dinge, wenn man sie vom Standpunkte der an der Arbeiterversicherung Beteiligten betrachtet.

Vom Standpunkte des Interesses der Anwälte, aber auch der Versicherten äußert sich neuerdings zu der Frage: Rechtsanwalt Dr. Theilhaber in München (Juristische Wochenschrift 1917 S. 640). Er führt aus, wie unberechtigt es sei, wenn Anwälte dieses so überaus wichtige Rechtsgebiet, weil es der „reinen" Rechtswissenschaft fernliege, als gewissermaßen standesunwürdig vernachlässigten. Dann weist er darauf hin, wie die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung längst über den Kreis der „Arbeiter" im engeren Sinne des Wortes hinausgewachsen sei und wie weite Kreise des Volkes sie jetzt umfasse. Schließlich wird folgendes bemerkt:

„Die Ärzte, die den Ausfall ihrer Praxis allerdings auch viel unmittelbarer spürten als wir, haben gegen die dadurch abgeschnittene Erwerbsmöglichkeit denn auch rechtzeitig mobil gemacht und durch eine hier nicht darzustellende Kette von Einrichtungen und entschiedene Verfolgung ihrer Interessen, die sogar

Digitized by Google

vielfach zum Boykott führte, erreicht, daß sie eine entsprechende Vergütung von allen Versicherungsträgern erhalten.

Dagegen haben die Anwälte sich das ganze Gebiet nehmen lassen, indem sie nicht einmal einen lahmen Protest gegen die unglaublich niedrigen Gebührensätze der Reichsversicherungsordnung aufgebracht haben, bzw. gegen die Sätze der dazu ergangenen Gebührenordnungen. Denn das Gesetz selbst beschränkt sich darauf, Gebührenvereinbarungen der Rechtsanwälte zu verbieten und die Bestimmung der Gebührensätze, Verordnungen des Kaisers mit Zustimmung des Bundesrats, bzw. den Landesregierungen zu überlassen. Hier aber wurden im allgemeinen die Sätze festgesetzt, wie in den Verordnungen vom Jahre 1900, wo erstens die Sätze sehr nieder genommen wurden, zweitens die Auslagen nicht besonders vergütet wurden und drittens die Erstattung sogar von Aufwendungen bei auswärtigen Zeugenvernehmungen in das Ermessen der Behörde gestellt ist. Bei dem erwähnten Ausschluß der Honorarvereinbarung kann infolgedessen in größeren Städten die Vertretung fast nie, und bei an auswärtigen Plätzen stattfindenden Verhandlungen grundsätzlich nicht von einem Anwalt übernommen werden. Denn den Weg der Vereinbarung mit Dritten mag doch schließlich der Anwalt nicht gern gehen.

Diese Gleichgültigkeit der berufenen Stellen der Anwaltschaft bei Festsetzung von Gebühren, welche die Anwaltschaft von dem ganzen Gebiet der Sozialversicherung ausschließen, hat übrigens auch über der Kreis der Anwaltschaft hinaus ihre Bedeutung. Da es bekannt ist, daß die Rechtsanwälte sich im allgemeinen mit der Versicherung nicht befassen, so ist derjenige, der mit der Sozialversicherung zu tun hat, sich aber nicht auskennt oder ohne Beistand nicht auf die Spruchstelle begeben will, oder wegen weiter Entfernung, Krankheit oder einem anderen Grunde durch einen Dritten vertreten lassen will, einfach gezwungen, einen Winkeladvokaten zu nehmen. Als solche kommen in erster Linie die Arbeitersekretäre in Betracht, die ja durch lange Praxis meist auch ein ziemliches Maß von Kenntnis auf diesem Gebiet haben. Der Nachteil ihrer Anrufung besteht nur darin, daß sie oft nur den „Organisierten“ zugänglich sind; aber auch da, wo sie überhaupt die Vertretung Dritter übernehmen, müssen sie selbstverständlich das Interesse ihrer Geldgeber wahren, d. h. versuchen, den Betreffenden für ihre Organisation zu gewinnen. So kommt die Vertretung oft viel teurer als die durch einen Anwalt „mit vereinbartem Honorar“, weil der Vertretene einer Organisation gewerkschaftlicher und politischer Art sich anschließt, an die er sonst nicht gekommen wäre. Daß die betreffenden Arbeiter- und Verbandssekretäre dies versuchen, ist ihr gutes Recht; denn umsonst ist der Tod. Daß wir aber einfach zusehen, ist falsch.

Denn eben die Praxis der Arbeitersekretäre läßt eine Konkurrenz nur zu, wenn der betreffende Anwalt auf dem besonderen Gebiet der Sozialversicherung auch besonders ausgebildet ist. Wer hier arbeiten will, der muß ebensogut die Gesetze und Verordnungen kennen wie der Zivilist und der Strafrechtler, und er muß vor allem die Fülle der in vielen Zeitschriften und Entscheidungssammlungen verstreuten Spruchpraxis verfolgt haben. Diese aber muß er sich in viel größerem Umfang selbst halten als der reine „Rechts“anwalt, weil die Juristische Wochenschrift naturgemäß dieses Gebiet nicht so ausführlich behandeln kann als das reinrechtliche, und weil unsere Vereinsbüchereien an Sozialversicherungsliteratur höchstens die Texte aufweisen. Sollen sich diese Ausgaben an Zeit, Geld und Kraft nun einigermaßen lohnen, so muß der betreffende Anwalt auch als Versicherungsvertreter bekannt sein. Daß dies heute infolge der — im Gegensatz zu den Ärzten — herrschenden Ansicht, es sei standesunwürdig, sich als Spezialist zu bezeichnen, schwer ist, daß somit die Erlaubnis der offiziellen Bezeichnung als Spezialist in Sachen der Sozialgesetzgebung erst in größerem Umfang das Gebiet der Sozialversicherung der Anwaltschaft erschlösse, möchte ich nur nebenbei erwähnen.“

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Versicherungspflicht bürgerlicher Gefangener.

Über die Versicherungspflicht der Zivilgefangenen feindlicher Staatsangehörigkeit hat das Kriegsamt eine eingehende Anweisung erlassen. Derartige Gefangene unterliegen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung in keinem Falle. Als Zivilgefangene gelten nicht nur die Personen, die in Kriegs- und Zivilgefangenenlagern ohne Unterbrechung untergebracht sind und dort mit Lagerarbeiten beschäftigt werden. Es gehören dazu bestimmte Gruppen feindlicher Staatsangehöriger, und zwar die Leute, die mit Lagerarbeiten außerhalb der Lager unter militärischer Bewachung beschäftigt werden, noch zum Lagerbestand gehören und täglich in die Lager zurückgeführt werden; dann die Leute, die sich freiwillig zu Arbeiten außerhalb der Lager bereit erklärt haben, wenn die Arbeiten nicht mehr als Lagerarbeiten zu betrachten sind. Diese Leute werden bei einzelnen Arbeitgebern beschäftigt und kehren nicht mehr regelmäßig in die Lager zurück, obschon sie noch zum Lagerbestand gehören. Sie sind unter militärischer Bewachung in Arbeitskommandos tätig. Die Eigenschaft als Zivilgefangene verlieren Personen, die auf Grund selbstgeschlossener Arbeitsverträge dauernd aus den Zivilgefangenenlagern zur freien Arbeit entlassen und deshalb in den Lagerlisten nicht weiter geführt, auch nicht militärisch bewacht werden. Sie sind der gesetzlichen Versicherung unterworfen.

Umtausch der Versicherungskarten von Kriegsteilnehmern und Hilfsdienstpflichtigen nach dem AngestVersGes.

Nach § 195 Abs. 1 AngestVersGes. soll die Versicherungskarte binnen fünf Jahren nach dem Tage der Ausstellung durch eine neue ersetzt werden; die Ortspolizeibehörde kann den Versicherten hierzu durch Geldstrafen anhalten. Mit Bezug hierauf hat die Reichsversicherungsanstalt dem Kriegsamt in Berlin folgenden Bescheid erteilt:

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte legt für die Dauer des Krieges wie bei Kriegsteilnehmern so auch bei Hilfsdienstpflichtigen, die in ähnlicher Weise wie die ersteren an der Beachtung des § 195

Digitized by Google

Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gehindert werden, kein Gewicht darauf, daß die fünfjährige Frist, die zwischen dem Ausstellungstage der alten Versicherungskarte und dem der neuen Versicherungskarte liegen darf, genau eingehalten wird.

Soweit es sich um die gesetzlichen Leistungen (Ruhegeld, Hinterbliebenenrenten, Heilfürsorge usw.) handelt, werden den betreffenden Versicherten aus dem verspäteten Ersatz ihrer Versicherungskarte allein keinerlei Nachteile entstehen.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nimmt ferner als selbstverständlich an, daß die Ortspolizeibehörden in allen diesen Fällen aus gleichen sachlichen Erwägungen im Hinblick auf die Stellungnahme der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte von der ihnen a. a. O. erteilten Befugnis, den Versicherten bei Überschreitung der Frist durch Geldstrafen bis zu zehn Mark zur Beschaffung einer neuen Karte anzuhalten, keinen Gebrauch machen werden. Von einer ausdrücklichen Anweisung der Ortspolizeibehörden durch die bundesstaatlichen Zentralbehörden in diesem Sinne dürfte unseres Erachtens unbedenklich abgesehen werden können. (II B. 14 747, 78.)

Die Wohnungsfürsorge der Berufsgenossenschaften.

Während des Krieges ruht die private Bautätigkeit so gut wie gänzlich. Die Notwendigkeit, zur Vorbeugung einer etwa drohenden Kleinwohnungsnot nach dem Kriege alle nur denkbaren Kreditquellen zu eröffnen, hat auch wiederholt zu der Forderung geführt, die Träger der Sozialversicherung stärker heranzuziehen. So machte Beuster in seinem Buche über die Städtische Siedlungspolitik nach dem Kriege (Berlin 1915) den Vorschlag, die Träger der Sozialversicherung gesetzlich zu verpflichten, von den ihnen jährlich zuwachsenden Kapitalien einen Teil, etwa die Hälfte, hypothekarisch anzulegen. Der Vorschlag sollte ernstlich in Erwägung gezogen werden.

Wie wir kürzlich zeigten (ArbVers. 1917 S. 665), haben die Landesversicherungsanstalten schon bedeutendes auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge geleistet. Auch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat bereits einen erheblichen Teil ihres großen Vermögens (nämlich 73 Millionen Mark) in hypothekarischen Darlehen angelegt. Auch die Krankenkassen haben sich der Frage schon angenommen; im Juniheft 1916 zum Reichsarbeitsblatt ist in einer Sonderbeilage dargelegt, welche Kapitalien diese Kassen auf Wohngebäude schon ausgeliehen haben. Der Hauptverband der Ortskrankenkassen beschloß auf seiner Tagung 1916 in Eisenach, hier noch weiter fördernd mitzuwirken. Nur von den Berufsgenossenschaften ist noch recht wenig bekannt geworden, daß sie die bei ihnen zusammenfließenden Kapitalien dem Kleinwohnungsbau zu günstigen Bedingungen zur Verfügung stellten. Bisher fehlte sogar jeder Anhalt dafür, in welchem Umfange sie überhaupt ihre Mittel hypothekarisch angelegt haben. Die in den „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamtes" jährlich veröffentlichten Übersichten über das Vermögen der Berufsgenossenschaften geben keine Auskunft darüber.

Das Kaiserliche Statistische Amt hat es daher unternommen, aus den Jahresberichten der Berufsgenossenschaften die von diesen bisher ausgegebenen Hypothekendarlehen zu ermitteln. Das Ergebnis ist in einer Abhandlung „Die Berufsgenossenschaften und der Realkredit" im 14. Sonderheft zum Reichsarbeitsblatt niedergelegt. Es seien dieser folgende Zahlen entnommen: Die 68 gewerblichen Berufsgenossenschaften verfügten Ende 1914 über ein Vermögen von 173,44 Millionen Mark, die 49 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften über ein solches von 44,67 Millionen Mark. Von diesem Gesamtvermögen können für eine hypothekarische Anlage nur die Rücklagen in Betracht kommen. Sie beliefen sich zu der angegebenen Zeit bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften auf 351 Millionen Mark, bei den landwirtschaftlichen auf 28 Millionen Mark. Nimmt man an, daß die Genossenschaften ohne Gefährdung ihres Geschäftsganges etwa ein Drittel ihrer Rücklagen in Hypotheken anlegen können (§§ 718, 741, 984, 1013 RVO.), wie es bei den Krankenkassen als unbedenklich hingestellt worden ist, so hätten nach jenem Stande die gewerblichen Genossenschaften 120 Millionen Mark und die landwirtschaftlichen etwa 7 bis 8 Millionen Mark in hypothekarischen Darlehen gewähren können.

In Wirklichkeit hatten nur 26 gewerbliche Berufsgenossenschaften mit einer Rücklage von zusammen 236 Millionen Mark nur 40,3 Millionen Mark in Hypotheken angelegt. Das sind nur 11,5 v. H. der Rücklagen aller gewerblichen Berufsgenossenschaften. Von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften hatten nur 5 mit einer Rücklage von insgesamt 3,2 Millionen Mark 1,85 Millionen Mark Hypothekendarlehen gewährt. Zieht man die Rücklagen sämtlicher 49 landwirtschaftlicher Genossenschaften in Betracht, so betrug der in Hypotheken angelegte Teil nur 7,8 v. H. Bei den einzelnen in Betracht kommenden Genossenschaften sind natürlich diese Anlagen sehr verschieden. Dem absoluten Betrage nach steht an erster Stelle die Tiefbau-Berufsgenossenschaft mit 7,6 Millionen Mark hypothekarisch angelegter Gelder; es folgt dann die Nordöstliche Baugewerks-BG. mit 6 Millionen Mark, die Rheinisch-Westfälische Baugewerks-BG. mit 5,3 Millionen Mark, die Norddeutsche Holz-BG. mit fast 5 Millionen Mark, die Hamburgische Baugewerks-BG. mit 3,4 Millionen Mark, die Ziegelei-BG. mit 2,35 Millionen Mark, die Steinbruchs-BG. mit 1,69 Millionen Mark, die Bayerische Baugewerks-BG. mit 1,57 Millionen Mark usw. Mehrere der gewerblichen Berufsgenossenschaften haben über ein Drittel ihrer Rücklagen in Hypotheken angelegt. Besonders einige Baugewerks-BG. haben hier außergewöhnliches geleistet. So gab die Hamburgische Baugewerks-BG. 70 v. H. ihrer Rücklage her. Von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften steht die Badische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft mit einer Rücklage von 2,19 Millionen Mark und einer Hypothekenanlage von 1,49 Millionen Mark obenan. Es folgt die Schleswig-Holsteinsche landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft mit einer Rücklage von 0,44 Millionen Mark und hypothekarischen Darlehen von 0,12 Millionen Mark.

Weitere Einzelheiten enthält die Arbeit des Kaiserlichen Statistischen Amtes nicht. In der Tat ist aus den Berichten der Berufsgenossenschaften im allgemeinen auch nicht mehr zu entnehmen. Nur vereinzelt läßt sich näheres ersehen. So ist z. B. aus dem Bericht der Tiefbau-Berufsgenossenschaft auf das Jahr 1916 zu ersehen, daß sie 7 376 700 ℳ in Hypotheken auf 70 Wohngebäude ausgeliehen hat. Sie liegen fast ausschließlich in Berlin und Umgegend und sind anscheinend nur zum kleinen Teil Häuser für Kleinwohnungen. Die einzelnen Hypotheken bewegen sich im Betrage von 18 000 bis 400 000 ℳ; der Zinsfuß ist 3% bis 5 v. H. Außerdem gehören der Genossenschaft 5 Gebäude als Eigentum. Die Brauerei- und

Digitized by Google

Mälzerei-Berufsgenossenschaft führt für 1916 ein Hypothekenkonto von 100 000 ℳ an, die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie von 290 000 ℳ, die Sächsisch-Thüringische Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 497 500 ℳ (6 Hypotheken zu 4 v. H.) usw.

Das Kaiserliche Statistische Amt bemerkt, daß es nicht aussichtslos sei, diese Quelle für den Kreditmarkt ergiebiger zu gestalten. Allerdings sei in Betracht zu ziehen, daß die Berufsgenossenschaften während des Krieges gleich anderen Organisationen ihre Kapitalien in hohem Grade für die Kriegsanleihen verwenden und in absehbarer Zeit kein Geld für den Realkreditmarkt zur Verfügung haben. Immerhin meinen wir, kann bei manchen Genossenschaften, namentlich denen, die noch gar nichts in dieser Richtung getan haben, noch einiges geschehen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft durch Beitragssäumnis.

1. Nach C. Antwort: Wir können nicht finden, daß § 314 Abs. 1 RVO. Anlaß zu einem Zweifel in der von Ihnen beregten Hinsicht bietet. Die Vorschrift bedeutet, daß die Mitgliedschaft durch Versäumung zweier aufeinander folgender Zahltage nicht sofort, sondern erst dann erlischt, wenn seit dem ersten versäumten Tage mindestens vier Wochen vergangen sind, ohne daß der Versicherte diese Frist zur vollen Begleichung seiner fälligen Beitragsschuld bei der Kasse benutzt hat. Wenn also der Sonnabend jeder Woche Zahltag und der letzte Beitrag am 30. Juni entrichtet ist, so ist die Mitgliedschaft nicht schon mit Ablauf des 14. Juli, sondern erst mit Ablauf des 28. Juli erloschen, sofern nicht der Versicherte bis dahin seine Beitragsschuld bei der Kasse beglichen hat.

a) Versicherungsfreiheit aus § 169 RVO. gilt nur für das Beschäftigungsverhältnis, aus dem der Anspruch auf Ruhegehalt usw. herrührt. b) Verjährung des Ausgleichsanspruchs aus § 197 RVO.

2. Nach S. Antwort: a) Wir gehen davon aus, daß nach Ihren Angaben die beiden Mitglieder der Fürstlichen Hofkapelle infolge ihrer Anstellung mit Anspruch auf Ruhegehalt nach § 169 RVO. versicherungsfrei sind. Wenn sie jetzt infolge des Krieges zu Musikaufführungen nur ganz ausnahmsweise in Anspruch genommen werden und die dadurch gewonnene Muße benutzen, um Schreiberdienste zu leisten, so sind sie dadurch in ein neues Beschäftigungsverhältnis getreten, das nichts zu tun hat mit demjenigen Verhältnis, auf das sich die Versicherungsfreiheit bezieht. Die Frage nach der Versicherungspflicht wegen der Schreibertätigkeit ist daher, unabhängig von der Versicherungsfreiheit der Anstellung als Musiker, auf Grund des § 165 RVO. zu beurteilen (zu vgl. Entsch. des RVA. 2195, ArbVers. 1916 S. 543). Dabei kommt es nicht darauf an, ob über die Beschäftigung mit Schreiberdiensten ein „förmlicher" Dienstvertrag geschlossen ist; es genügt, daß Beschäftigung „gegen Entgelt" vorliegt, was in beiden Fällen nicht zweifelhaft ist. Auch darauf, ob die Schreiberdienste als „Hauptbeschäftigung" anzusehen sind, kommt es nicht an, weil Schreiber nicht zu den Angestellten in gehobener Stellung gehören (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2). Auch Versicherungsfreiheit aus § 168 RVO. kommt nicht in Frage, weil bei der Regelmäßigkeit und Dauer der Beschäftigung sowie im Hinblick auf die Höhe des Entgelts von nur „vorübergehenden" Dienstleistungen nicht die Rede sein kann. Beide Personen sind also versicherungspflichtig.

b) Ihre Bezugnahme auf § 223 Abs. 1 RVO. ist verfehlt. Diese Vorschrift betrifft nur Ansprüche auf „Kassenleistungen", d. h. Ansprüche der Berechtigten auf Leistungen aus der Versicherung bei der Kasse. Entsprechende Anwendung der kurzen Verjährungsfrist auf andere Ansprüche, also auch auf den Anspruch aus § 197 RVO. ist ausgeschlossen; hier tritt, beim Mangel einer besonderen gesetzlichen Vorschrift, Verjährung erst in 30 Jahren ein (§ 195 BGB.). Daß etwa im vorliegenden Falle der Anspruch der Wöchnerin gegen die leistungspflichtige Kasse verjährt gewesen sei, ist nach Ihren Angaben nicht anzunehmen, da die Wöchnerin im Dezember 1915 niedergekommen ist und der Rechtsstreit über ihren Anspruch bereits im Jahre 1916 vor dem Oberversicherungsamt geschwebt hat. Ihre Kasse hat also die Zahlung aus § 197 keineswegs ohne rechtlichen Grund geleistet und kann sie nicht zurückfordern. Wenn die Kasse gleichwohl auf ihrer Auffassung bestehen sollte, so verweisen wir hinsichtlich der Zuständigkeit auf ArbVers. 1916 S. 97 ff., 289 ff.

Versicherungspflichtige Beschäftigung eines Arbeitslosen.

3. Nach Glauchau. Frage: Das Versicherungsamt hat unserer Krankenkasse hinsichtlich einer Person, deren Krankenversicherungspflicht in Frage steht, ein Schreiben folgenden Inhalts zukommen lassen: „G. O. wird seit November 1916, da er keinerlei Beschäftigung hatte, auf seinen Wunsch in der städtischen Kriegshilfsstelle beschäftigt. Er erledigt hier die mit der Versendung von Liebesgaben an die Truppen im Felde zusammenhängenden Arbeiten, Einholung der Feldadressen, Schreiben der Feldadressen, Verpackung der Liebesgaben, Beförderung der Pakete zur Post und sonstige in der Hilfestelle vorkommende Arbeiten. Er bezog und bezieht noch heute Arbeitslosenunterstützung von wöchentlich 17 bis 18 ℳ. Eine besondere Vergütung für seine Arbeit erhält er nicht;

Digitized by Google

seit 1. Juli 1917 wird ihm zur Arbeitslosenunterstützung ein Zuschuß von wöchentlich 4 ℳ gewährt. O. ist nicht krankenversicherungspflichtig." — Ist diese Auffassung richtig?

Antwort: Nein! Es ist eine mit den Tatsachen unvereinbare Umdeutung der wirklichen Sachlage, wenn behauptet wird, daß O. noch jetzt eine Arbeitslosenunterstützung in Geld bezieht. Die „Unterstützung", die er jetzt empfängt, besteht in der ihm gewährten Gelegenheit zu einer Arbeit, für die er wöchentlich jetzt 21 oder 22 ℳ erhält. Er ist also gegen Entgelt beschäftigt und nach § 165 RVO. versicherungspflichtig. Hiervon kann er nur nach § 174 Ziff. 2 auf Antrag des Arbeitgebers befreit werden. Ohne einen solchen Antrag tritt die Befreiung nicht ein (§ 175).

Nacherhebung von Beitragsresten zur Invalidenversicherung trotz Nichtbemängelung durch den Überwachungsbeamten.

4. Nach Schwerin a. W. Frage: Bei Revision der Invaliditätskarten fand der Kontrollbeamte, daß verschiedene Arbeitgeber zu niedrige Beiträge zahlten, manche schon seit 1914. Er teilte dies der Krankenkasse mit mit dem Ersuchen, die zu wenig erhobenen Beiträge einzuziehen. Verschiedene Arbeitgeber weigern sich aber, die Beiträge nachzuzahlen, weil der Kontrollbeamte schon öfter die Karten revidiert habe, ohne die Höhe der Versicherungsbeiträge zu beanstanden. Sind die Arbeitgeber verpflichtet, die Beiträge für die ganze Zeit nachzuzahlen?

Antwort: Dem mit der Überwachung der Beitragseinziehung betrauten Beamten steht nicht das Recht zu, über die Gültigkeit der Markenverwendung oder über Fragen der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung in Vertretung der Landesversicherungsanstalt verbindliche Anerkenntniserklärungen abzugeben. So hat der Große Senat des Reichsversicherungsamts entschieden (ArbVers. 1914 S. 863). Um so weniger darf aus dem bloßen Umstand allein, daß der Beamte die Höhe der erhobenen Beiträge nicht bemängelt hat, ein verbindliches Anerkenntnis der Richtigkeit oder ein Verzicht der Anstalt auf die rückständigen Restbeträge entnommen werden. Diese sind daher, soweit sie nicht verjährt sind (§ 29 RVO.), nachzuzahlen.

Weiterversicherung eines Kriegsteilnehmers bei einer Ersatzkasse.

5. Nach Fr. Frage: Unsere Ersatzkasse hatte schon vor der Bekanntmachung vom 5. Juli 1916 den zum Heeresdienst eingezogenen Mitgliedern die Möglichkeit der Weiterversicherung gegen Zahlung des einfachen Beitrages für ein einheitliches Krankengeld von 2 ℳ pro Tag eingeräumt und zwar unter Anlehnung an § 313 RVO. Ein nicht versicherungspflichtiges Kassenmitglied hat am 23. Januar 1917, 20 Tage nach erfolgter Einberufung zum Heeresdienst und 10 Tage nach eingetretener Krankheit, sich ausdrücklich auf Grund dieser Bestimmung, nicht auf Grund der BV., für Krankengeld weiterversichert und sogar die Differenz des für die höhere Klasse bereits bezahlten Beitrages wiederholt von uns zurückverlangt. Der Versicherte beansprucht dennoch das Krankengeld, weil er die Absicht gehabt habe, sich vor Eintritt der Krankheit anzumelden, von dem Rechner einer Verwaltungsstelle aber kein Antragsformular hierzu habe erhalten können. Da wir den Anspruch wegen bereits eingetretener Erkrankung abgelehnt haben, beschwert sich das Mitglied beim Kaiserlichen Aufsichtsamt und dieses vertritt die Ansicht, daß zwar nach den amtlichen Erläuterungen des Reichsamts des Innern zu der Bekanntmachung vom 5. Juli 1916 sich ein Ersatzkassenmitglied auch nach Maßgabe der von uns schon vor Erlaß dieser Bekanntmachung getroffenen Bestimmung weiterversichern kann, daß ihm aber in keinem Falle das Recht beschränkt werden dürfe, das ihm aus der Bekanntmachung zustehe; insbesondere dürfe für eine bereits vor Stellung des Antrages eingetretene Krankheit das Krankengeld nicht versagt werden. Wir vertreten jedoch die Ansicht, daß, wenn ein Ersatzkassenmitglied sich nach § 10 b unserer Ersatzkasse versichert, die Vorschriften der Bekanntmachung auf ihn selbstverständlich keine Anwendung finden. Was ist richtig?

Antwort: Der Versicherte ist erst nach der Verkündung der mehrfach erwähnten Verordnung (Bek. v. 5. 7. 16 ArbVers. 1916 S. 497) in den Kriegsdienst eingetreten. Er mußte daher den Antrag auf Weiterversicherung (§ 1) binnen drei Wochen nach dem Diensteintritt stellen (§ 4). Nach Ihrer Darstellung hat er aber innerhalb dieser Frist einen solchen Antrag nicht gestellt, sondern nur andere, beschränktere Rechte auf Grund der Satzung geltend gemacht, die ihm insbesondere keinen Anspruch auf Krankengeld im Fall einer bereits vor dem Antrag eingetretenen Erkrankung gaben. Wenn das Aufsichtsamt gleichwohl annimmt, daß dem Versicherten die Rechte aus der erwähnten Verordnung nicht beschränkt werden können und ihm insbesondere das Krankengeld wegen bereits eingetretener Erkrankung nicht versagt werden darf (weil nämlich der § 5 der Bek. durch die Bek. v. 16. 11. 16, ArbVers. 1916 S. 801 aufgehoben ist), so können wir das nur verstehen, wenn wir unterstellen, daß das Aufsichtsamt annimmt: daß der Versicherte mit dem innerhalb der Dreiwochenfrist gestellten Antrage tatsächlich die Rechte aus § 1 der Bek. v. 5. 7. 16 geltend machen wollte und diese Absicht nur in dem Schriftstück mangelhaft ausgedrückt habe infolge Verschuldens eines Angestellten der Kasse, der ihm ein unrichtiges Formular zur Unterschrift vorgelegt hatte. Nur wenn die dahin gehende Behauptung des Versicherten als richtig erwiesen würde, würden wir den Bescheid des Aufsichtsamts für zutreffend halten. Denn in diesem Falle würde die schriftliche Erklärung als nichtig anzusehen sein (§§ 119, 121, 142 BGB.) und die mündliche gelten, da schriftliche Form nicht vorgeschrieben ist. Es kommt also darauf an, ob der Versicherte seine Behauptung wird beweisen können. Andernfalls ist sein Anspruch mit Recht abgelehnt.

a) Unfall „bei" der versicherten Tätigkeit?
b) Gärtnerei- und Friedhofsbetrieb werden von § 628 RVO. nicht betroffen.

6. Nach B. Antwort: a) Der Sachverhalt ist durch Ihre Angaben nicht zweifelsfrei geklärt. Die Voraussetzung des § 628 RVO. ist doch nur gegeben, wenn die Stadtgemeinde selbst als Unternehmerin die Müllabfuhr besorgt. Die Anfrage spricht aber von dem „Fuhrunternehmer des Müllwagens", der mit dem Verletzten zusammen den Müll aufgeladen hat. Wir nehmen danach an, daß dieser sogenannte Unternehmer zwar den Wagen gestellt, im übrigen aber an der Arbeit in gleicher Weise wie der Verletzte teilgenommen hat, daß er also nur ein Mitarbeiter des Verletzten war. Deshalb kann seiner Äußerung zum Verletzten nach dem Ausladen des letzten Mülls, er könne nach Hause gehen, nicht

Digitized by Google

etwa die Bedeutung einer Entlassung aus der Arbeit oder einer Weisung beigelegt werden, die der Verletzte zu befolgen gehabt habe; die Tätigkeit, zu der er angenommen war, bestand doch wohl nicht nur im Aufladen, sondern auch in der Abfuhr des Mülls. Wenn er also nach jener Äußerung seines Mitarbeiters sich noch weiter an dem Wagen zu schaffen machte und hierbei einen Unfall durch Überfahren erlitt, so ist dies noch bei der versicherten Tätigkeit geschehen, für die die Gemeinde nach § 628 RVO. die Versicherungslast zu tragen hat.

b) Die Gärtnerei und der Friedhofsbetrieb (soweit er nicht der gewerblichen Unfallversicherung unterliegt) gelten nach § 617 RVO. als landwirtschaftliche Betriebe, und diesem landwirtschaftlichen Betriebe können unter den Voraussetzungen des § 616 auch gewisse Bauarbeiten angehören. Ihre Annahme aber, daß umgekehrt Gärtnerei- und Friedhofsbetriebe nur Nebenbetriebe der Tiefbaubetriebe seien und deshalb mit zu denjenigen gehören, für welche die Gemeinde nach § 628 als Versicherungsträger gilt, läßt sich nicht rechtfertigen.

Beginn der Wirkung einer Lohnänderung auf Beiträge und Leistungen der Kasse.

7. **Nach Augsburg.** Antwort: Der § 318 Abs. 3 RVO. schreibt vor: „Ändert sich der Lohn, so ändert sich die Lohnstufe, wenn nicht die Satzung anders bestimmt, erst mit der nächsten Beitragszahlung." Da Ihre Satzung nicht anders bestimmt, so ändert sich die für Beiträge und Kassenleistungen maßgebende Lohnstufe, nicht sofort mit dem Eintritt der Lohnänderung, sondern erst mit dem nächsten satzungsmäßigen Zahltage (vgl. § 393 und Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 318). Die Arbeitgeber sind also im Recht, wenn sie fordern, daß erst von diesem Tage ab die höheren Beiträge berechnet werden. Anderseits ist die Kasse auch nur bei Versicherungsfällen, die von diesem Tage ab eintreten, zur Gewährung der der höheren Lohnstufe entsprechenden höheren Barleistungen verpflichtet.

Fortdauer der Leistungspflicht der Kasse bei Einziehung eines Arbeitsunfähigen zum Heeresdienst.

8. **Nach Oker a. Harz** Frage: Ein Mitglied unserer Krankenkasse ist vom 2. April d. J. ab krank gewesen. Am 1. August ist es, obwohl es vom Kassenarzt noch für arbeitsunfähig erklärt wurde, zum Militärdienst eingezogen, aber am 1. September wegen Unbrauchbarkeit infolge seines Leidens wieder entlassen worden. Eine Anzeige des Versicherten bei seinem Ausscheiden aus unserer Kasse (§ 313 Abs. 2 der RVO.), daß er die Versicherung freiwillig fortsetzen wollte, ist nicht erfolgt. Nach Rückkehr vom Militär ist er infolge seiner früheren Krankheit weiter arbeitsunfähig und beansprucht Krankengeld. Wir bitten um Angabe, ob wir verpflichtet sind, Krankenhilfe zu gewähren. Wir meinen, daß das Mitglied jetzt vollständig aus unserer Kasse ausgeschieden ist und keinerlei Ansprüche mehr zu stellen hat.

Antwort: Ihre Ansicht ist irrig. Da der Versicherte als Mitglied der Kasse erkrankt ist, hat er Anspruch auf die satzungsmäßigen Kassenleistungen für die satzungsmäßige Dauer auch während der Zeit, in der er zum Heeresdienst eingezogen war. Es liegt ein einheitlicher, fortdauernder Versicherungsfall vor. Wenn die Kasse auch nur für 26 Wochen Krankenhilfe gewährt, so kann die Unterstützungszeit für den am 2. April eingetretenen Krankheitsfall beim Ausscheiden aus dem Heeresdienst am 1. September noch nicht abgelaufen sein (§ 183 RVO.). Bis zum Ablauf dieser Unterstützungszeit hat der Versicherte, da er nach Ihrer eigenen Angabe ununterbrochen arbeitsunfähig war, und es noch ist, nicht nur Anspruch auf Krankengeld, sondern er bleibt so lange auch Pflichtmitglied der Kasse (§ 311). Erst wenn sein Anspruch auf Kassenleistungen endet, kommt Weiterversicherung nach § 313 in Frage.

Weiterzahlung des Gehalts bei wiederholter Dienstbehinderung?

9. **Nach Berlin.** Antwort: Aus Ihrer Anfrage ist nicht ersichtlich, in welcher Zeit nach Ihrem Eintritt in den Heeresdienst, also nach dem 21. März 1917, Sie wieder vier Wochen hindurch bei der Kasse tätig waren. Nach § 14 der Dienstordnung ist ja Ihr Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts für drei Monate zweifelsfrei. Wir können also nicht ersehen, welches Bedenken in Frage steht. Wenn es sich etwa darum handelt, ob Ihnen, nachdem Sie während jener Wochen wieder im Kassendienst beschäftigt und dann abermals in den Heeresdienst eingetreten waren, der Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts von neuem wieder für volle drei Monate zusteht, so müssen wir Ihre Frage verneinen. Denn bei einer wiederholten Behinderung aus einem einheitlichen Grunde müssen die verschiedenen Zeiträume der Behinderung zusammengerechnet werden. Zu vgl. hinsichtlich einer ähnlichen Frage: ArbVers. 1911 S. 288 Ziff. 28.

Versicherungspflicht des Sohnes als Verwalter des väterlichen Rittergutes.

10. **Nach R.** Antwort: Wir nehmen an, daß der Sohn des Rittergutspächters, als Verwalter auf dem Gute des Vaters, im vorliegenden Falle nicht bloß auf Grund seiner familienrechtlichen Pflicht zur Unterstützung des Vaters, sondern in Erfüllung eines eigentlichen Lohnarbeitsverhältnisses tätig war, bis er mit Kriegsbeginn zum Heeresdienst eintrat. Dafür spricht, daß einerseits der Vater einer solchen Kraft unter allen Umständen bedurfte und daß anderseits der Sohn als verheirateter Mann einer Erwerbstätigkeit nachgehen mußte, um sich und seine Familie zu erhalten. Demgemäß können Wohnung, Kost und alle sonstigen Sachbezüge, die der Sohn für sich und seine Frau (auch Kinder?) vom Vater empfing, gleichfalls nicht als Leistungen auf Grund des Familienverhältnisses, sondern sie müssen als Lohn angesehen werden. Daß auch die Beteiligten die Sache so angesehen haben, ist besonders klar dadurch zum Ausdruck gekommen, daß, obwohl eine Anmeldung zur Kasse unterblieben war, der Sohn in den Ausschuß gewählt worden ist und die Wahl angenommen hat. Aus alledem ist freilich, da es sich um einen Betriebsbeamten oder Angestellten in ähnlich gehobener Stellung handelt, die Versicherungspflicht nur unter der Voraussetzung herzuleiten, daß die Bezüge des Sohnes 2500 ℳ für das Jahr nicht überstiegen haben.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1901 von J. Schmitz, fortgeführt 1911 von Dr. P. Honigmann und 1916 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1188 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. Oktober 1917 | Heft 20

Geschäftsleiter der Krankenkassen.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I. Eine unvermeidliche Folge der durch die RVO. geförderten Zentralisation der Krankenkassen, die in der Beseitigung der kleinen Kassen und in der Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen für alle in einem bestimmten örtlichen Bezirke beschäftigten versicherungspflichtigen Personen am deutlichsten zum Ausdruck gekommen ist, besteht darin, daß die Verwaltungsgeschäfte der Kasse so umfangreich werden, daß eine ehrenamtliche Verwaltung in zunehmendem Maße auf Schwierigkeiten stößt. Arbeitgeber oder Versicherte, die als Vorsitzende oder als die mit der Vertretung des Vorstandes gemäß § 5 Abs. 3 RVO. beauftragten Vorstandsmitglieder neben ihrer beruflichen Tätigkeit soviel freie Zeit zur Verfügung haben, um die Geschäfte der laufenden Verwaltung der Krankenkassen bis ins einzelne besorgen zu können, werden immer seltener oder fehlen ganz. Dies hat weiter zur Folge, daß sich der Vorsitzende oder das sonstige mit der Verwaltung der Kasse beauftragte Vorstandsmitglied die selbständige Bearbeitung der Geschäfte den Angestellten der Kasse und die Entschließung in den wichtigsten Angelegenheiten den geschäftsleitenden Beamten überlassen muß. Die Beamten und Angestellten übernehmen damit tatsächlich die Verantwortung für die ordnungsmäßige Erledigung der in ihren Geschäftsbereich fallenden Angelegenheiten dem Vorstand und der Kasse gegenüber. Von solchen Geschäftsleitern gibt es bei kleinen und mittleren Krankenkassen nur einen, der der Übung des Krankenversicherungsgesetzes entsprechend als Kassen- oder Rechnungsführer (Rendant) bezeichnet wird und den ganzen inneren Betrieb der Kasse leitet. Bei größeren Krankenkassen finden sich neben dem ersten geschäftsleitenden Beamten noch mehrere Angestellte, denen die Leitung und Beaufsichtigung in einem bestimmten Teile der Geschäfte zukommt und die in ihrem Geschäftsbereiche zwar der Aufsicht des ersten geschäftsleitenden Beamten unterliegen, immerhin aber eine gewisse Selbständigkeit besitzen und eine Anzahl nachgeordneter Angestellter unter sich haben. Der erste Geschäftsleiter führt vielfach den Titel „Verwaltungsdirektor". Die Kassen können diesen Titel verleihen; vgl. RVO. Entsch. vom 24. März 1916 (Amtl. Nachr. S. 521). Die übrigen Geschäftsleiter werden meistens als Vorsteher unter Hervorhebung der Geschäfte (z. B. Registraturvorsteher, Kanzleivorsteher), denen sie vorstehen, bezeichnet.

Der erste geschäftsleitende Beamte steht dem Vorstand naturgemäß am nächsten; er ist diesem in erster Linie für die ordnungsmäßige Verwaltung der Kassengeschäfte verantwortlich und daher in der Regel auch zur eingehenden Beaufsichtigung der ihm unterstellten Beamten berechtigt und verpflichtet. Er überwacht ihr dienstliches und außerdienstliches Verhalten. Das nähere

Digitized by Google

darüber wird in der für den Dienstbetrieb maßgebenden Geschäftsordnung festgesetzt, soweit nicht in dem Regulativ über die Verleihung der Rechte und Pflichten der gemeindlichen oder staatlichen Beamten — vgl. Erl. vom 18. Februar 1914 (Min. Bl. d. Hand. u. Gewerbeverw. S. 79) — oder für die übrigen Angestellten in der Dienstordnung Bestimmungen getroffen sind.

II. Auch in der Reichstagskommission wurde der Begriff der Geschäftsleiter erörtert; vgl. Komm. Ber. z. RVO. II. Teil S. 230. Von einem Regierungsvertreter wurde der Begriff dahin ausgelegt, daß unter den Geschäftsleitern Angestellte zu verstehen seien, die im Geschäftsbetriebe der Kasse leitenden Anordnungen, die einer weiteren Nachprüfung nicht unterliegen, treffen könnten. Diese Ausführungen sind geeignet, bei den Kassenvorständen durchaus irrige Vorstellungen über die Rechte der Geschäftsleiter hervorzurufen und sie in dem Glauben zu bestärken, daß sie befugt seien, ihre Verantwortlichkeit für die ordnungsmäßige Führung der Verwaltungsgeschäfte auf Angestellte mit der Maßgabe zu übertragen, daß diese der Kasse gegenüber für die nach eigener Entschließung getroffenen Maßnahmen und Entscheidungen allein verantwortlich seien. Tatsächlich sind auch einzelne Vorstände größerer Krankenkassen dazu übergegangen, den Geschäftsleitern auch nach außen hin eine größere Selbständigkeit zu geben, indem sie durch Vorstandsbeschluß den Verwaltungsdirektor ermächtigt haben, alle die Kasse betreffenden Angelegenheiten mit rechtsverbindlicher Kraft zu erledigen und die erforderlichen Unterschriften zu leisten, auch die Kasse in Rechtsstreitigkeiten vor den zuständigen Gerichten zu vertreten und Urteilsausfertigungen in Empfang zu nehmen. Der Vorstand hat somit nicht nur die tatsächliche Ausführung bestimmter Geschäfte dem Geschäftsleiter übertragen, sondern auch sich selbst der rechtlichen Verantwortlichkeit entäußert. Diese Regelung ist vereinzelt von den Aufsichtsbehörden mit folgender Erwägung beanstandet worden: Die ganze Verwaltung der Kassenangelegenheiten, soweit nicht der Ausschuß hierfür zuständig sei, sei vom Vorstande wahrzunehmen. Die Satzung könne bestimmen, daß auch einzelne Vorstandsmitglieder den Vorstand vertreten könnten. Von dieser Befugnis sei allgemein in der Weise Gebrauch gemacht worden, daß der Vorsitzende des Vorstandes die Kasse zu vertreten habe. Hieraus ergäbe sich, daß die von der Kasse ausgehenden Schriftstücke und dergleichen nur vom Vorsitzenden, oder bei dessen Behinderung von einem Mitglied des Vorstandes zu unterzeichnen seien. Da der Rendant der Kasse nicht zu den Vorstandsmitgliedern gehöre, sei derselbe zur Unterzeichnung von Schriftstücken im Namen der Kasse außer im Falle des § 1512 RVO. nicht befugt und könne hierzu auch nicht vom Vorstande oder vom Vorsitzenden des Vorstandes beauftragt werden. Schriftstücke, die vom Rendant unterzeichnet seien, hätten keine rechtliche Wirkung. Der Rendant wäre anzuweisen nach diesen Gesichtspunkten sein Amt zu führen und alle an die Kasse gerichteten Schriftstücke sofort nach Eingang dem Vorsitzenden zur Einsicht vorzulegen.

III. Wenngleich eine möglichst weitgehende Selbständigkeit des Geschäftsleiters der Krankenkassen dem hervorgetretenen Bedürfnisse Rechnung trägt und der Vorstand mit seinem Beschluß nur die Absicht verbunden hat, den tatsächlichen Verhältnissen eine rechtliche Unterlage zu geben, so muß doch der Widerspruch der Aufsichtsbehörde wegen einer solchen Regelung als durchaus berechtigt bezeichnet werden, denn diese verstößt gegen die klaren Vorschriften des Gesetzes. Nach § 5 Abs. 1 RVO. wird jeder Versicherungsträger durch den Vorstand gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Dabei kann nach § 5 Abs. 3 a. a. O. die Satzung bestimmen, daß auch einzelne Vorstandsmitglieder den Versicherungsträger vertreten können. Hiernach können, wenn nicht — was selbstredend zu den größten Schwierigkeiten in der Praxis führen wird — der Vorstand in seiner Gesamtheit die laufen-

Digitized by Google

den Geschäfte erledigen will, nur Vorstandsmitglieder und zwar ein einzelnes Vorstandsmitglied oder mehrere Vorstandsmitglieder, die eine Kommission oder einen Ausschuß bilden oder die Maßnahmen des einzelnen Vorstandsmitgliedes gegenzeichnen müssen, die Vertretung der Kasse nach außen hin führen. In der Regel wird der Vorsitzende die Wahrnehmung der laufenden Verwaltungsgeschäfte an Stelle des Vorstandes übernehmen. Somit ist es unzulässig, dem Geschäftsleiter in der Form eines allgemeinen Auftrags die Vertretung der Kasse nach außen hin zu übertragen. Eine solche Entlastung des Vorstandes, die, wenn sie Dritten gegenüber rechtswirksam sein soll, nur durch die Satzung ausgesprochen werden darf — vgl. Hanow, Kommentar zur RVO. Bd. I Anm. 6 zu § 5 — muß als unvereinbar mit der Verwaltung eines Amts bezeichnet werden und steht auch mit der öffentlich-rechtlichen Stellung der Krankenkasse in Widerspruch. Eine „Prokura" gibt es in der öffentlichen Verwaltung nicht. Die Verwaltung der Kassenämter darf nur in den Händen solcher Personen liegen, die auf dem gesetzmäßig vorgeschriebenen Wege in diese Ämter berufen sind und den hierfür aufgestellten Voraussetzungen genügen. Im übrigen läßt die Vorschrift im § 21 Abs. 4 RVO., wonach besoldete Beamte der Versicherungsträger dem Vorstande nicht angehören durften, klar erkennen, daß eine verantwortliche Übernahme der Vorstandsgeschäfte durch den Geschäftsleiter der Absicht des Gesetzes nicht entspricht. Der Vorstand oder sein Vorsitzender kann allerdings den Geschäftsleiter mit der Ausführung einzelner Geschäfte auch mit der Wahrnehmung der mündlichen Verhandlung vor den Spruchbehörden der Reichsversicherung und, soweit der Anwaltszwang nicht besteht, auch vor den ordentlichen Gerichten beauftragen. In solchen Fällen handelt dann aber der Geschäftsleiter als Beauftragter des Vorstandes oder seines Vorsitzenden und nicht als Vertreter der Kasse. Er haftet seinem Auftraggeber für die ordnungsmäßige Erfüllung des Auftrages nach Maßgabe der §§ 662—666 BGB. und nicht der Kasse aus dem Anstellungsvertrag. Die Kasse kann sich in solchen Fällen nur an den auftraggebenden Vorstand oder an den Vorsitzenden des Vorstandes halten.

In einigen Satzungen befindet sich die Bestimmung, daß die Kasse durch den Vorsitzenden in Gemeinschaft mit dem Geschäftsführer vertreten wird. Auch eine solche Vorschrift widerspricht dem § 5 Abs. 3 RVO., wonach die Vertretung der Kasse nur einzelnen Vorstandsmitgliedern übertragen werden kann. Der Rendant kann aber, da er eine Besoldung bezieht, nach § 21 Abs. 4 RVO. nicht Mitglied des Vorstandes sein. Die Regelung der Vertretung der Kasse gemeinsam durch ein Vorstandsmitglied und eine Person, die nicht Vorstandsmitglied ist, kennt die Reichsversicherungsordnung nicht. Die Vorschrift des § 5 Abs. 3 RVO. bezieht sich nur auf die Vertretung der Kasse nach außen; durch sie soll der Kasse die Teilnahme am Rechtsleben ermöglicht werden, vgl. RVA. Entsch. vom 18. Dezember 1915 und vom 14. Oktober 1916 (Amtl. Nachr. S. 437, 815). Über die Führung der Geschäfte im Innern enthält die RVO. keine besonderen Vorschriften, es sei denn, daß davon ausgegangen wird, daß die Geschäfte durch § 327 RVO. zwischen dem Vorstand und dem Ausschuß aufgeteilt sind. Auch in der Vorschrift des § 323 RVO., wonach die Satzung nichts bestimmen darf, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft oder nicht den Zwecken der Kasse entspricht, wird eine Beschränkung der Regelung der Verwaltung im Innern gefunden werden können, vgl. RVA. Entsch. vom 14. Oktober 1916 (Amtl. Nachr. S. 815). In der Verwaltung im Innern sind nicht nur die Beziehungen der Kassenorgane zueinander, sondern auch die Beziehungen der Kasse zu ihren Mitgliedern, Angestellten und auch zu den Arbeitgebern der für die Verwaltung der Kasse in Betracht kommenden Betriebe und Berufe. Einer weitgehenden Betätigung des Geschäftsleiters auf diesem Gebiete steht also eine dem § 5 Abs. 3 RVO.

Digitized by Google

entsprechende Vorschrift nicht entgegen. Immerhin ist zu beachten, daß die zunächst im inneren Dienstbetrieb getroffenen Maßnahmen leicht nach außen wirken und dann wirkungslos werden. Das gilt z. B. von der Anweisung der Kassenleistungen, die in dem Augenblick, in dem sie im Spruchverfahren Gegenstand der Erörterung werden, eine Vertretung der Kasse nach außen erfordern. Die Einweisung in ein Krankenhaus ist ohne weiteres eine Maßnahme der Vertretung der Kasse nach außen, sofern nicht die Kasse ein ihr gehöriges Krankenhaus in Anspruch nimmt. Wenn allerdings das RVA., Entsch. vom 30. Januar 1917 (Amtl. Nachr. S. 389), die Übertragung der Anordnung der Krankenhauspflege an den Kassenarzt durch die Satzung für zulässig hält, so würde die Übertragung dieser Befugnis auf den der Kassenverwaltung unterstehenden Geschäftsführer erst recht nicht zu beanstanden sein. Es erscheint aber fraglich, ob das RVA. die Frage nach allen Richtungen gründlich erwogen und nicht mehr in cidentes entschieden hat. Auch mit der Stundung der Beiträge könnte der Vorst nd den Geschäftsleiter beauftragen, doch darf auch hier nicht übersehen werden, daß die sich daraus für die Kasse oder das Mitglied ergebenden Folgen Gegenstand eines Streitverfahrens werden können, das eine Vertretung der Kasse nach außen verlangt; vgl. a. Sächs. OVG. Entsch. vom 26. Januar 1907 (ArbVers. S. 434). Im übrigen ist die Frage, wieweit bei der Abfassung der von dem Vorsitzenden oder von dem sonstigen Vertreter des Vorstandes zu unterzeichnenden Schriftstücke der Geschäftsleiter mitzuwirken hat, und dem die Öffnung der Briefe obliegt, eine Frage des inneren Dienstbetriebes, die Dritten gegenüber unverbindlich und daher in der Satzung nicht zu erwähnen ist. Den gleichen Standpunkt vertritt das RVA.; vgl. Handbuch der Unfallversicherung Bd. I S. 394.

IV. Die Vertretung des Versicherungsträgers durch den Geschäftsleiter sieht die Reichsversicherungsordnung nur in zwei Fällen vor und zwar zunächst im § 703 RVO., der nach §§ 978, 1147 auch für die landwirtschaftliche und Seeunfallversicherung gilt. Danach kann der Genossenschaftsvorstand auf eigene Verantwortung nach näherer Bestimmung des Reichsversicherungsamts besoldeten Geschäftsführern bestimmte Aufgaben übertragen. Sodann wird der geschäftsleitende Beamte der Krankenkassen im § 1512 RVO., der von der Anzeige einer jeden durch einen Unfall herbeigeführten Krankheit an den Träger der Unfallversicherung handelt, erwähnt. Abs. 2 Satz 1 a. a. O. bestimmt über die Verpflichtung zur Anzeige folgendes:

„Zu der Anzeige ist der geschäftsleitende Angestellte der Kasse verpflichtet, wenn nicht der Vorstand einen anderen damit beauftragt."

Beide Vorschriften beweisen, daß es der Absicht des Gesetzes nicht entsprechen kann, den geschäftsleitenden Angestellten der Krankenkasse in weiterem Umfange zur Vertretung des Vorstandes heranzuziehen. Trotzdem werden, wie bei der Unfallversicherung, die tatsächlichen Verhältnisse auf die Dauer dazu führen, eine weitergehende Entlastung des Vorstandes durch geschäftsleitende Beamte der Krankenkassen zu ermöglichen. Als Vorbild kann hierbei die Vorschrift des § 703 RVO. dienen, die zuerst im Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz (RGBl. 1900 S. 573) erschien und mit folgenden Erwägungen begründet wurde:

„Bei der Ausführung der Unfallversicherungsgesetze hat sich unabweisbar gezeigt, daß der Vorstand nicht in der Lage ist, die sehr umfangreichen Verwaltungsgeschäfte ohne Ausnahme selbst zu erledigen. Auch der durch statutarische Vorschriften eingeschlagene Weg, einem oder mehreren Mitgliedern des Vorstandes gewisse Geschäfte zu übertragen, hat sich als nicht ausreichend erwiesen. Es haben deshalb in vielen Berufsgenossenschaften wesentliche Teile der Geschäfte an bezahlte Beamte übertragen werden müssen, und zur Bewältigung derjenigen Arbeiten, welche durch solche Beamte nicht erledigt werden dürfen, ist man zu-

Digitized by Google

weilen dazu übergegangen, den Vorstandsmitgliedern selbst als Entschädigung für den durch Wahrnehmung der Genossenschaftsgeschäfte ihnen erwachsenden Zeitverlust nach dem Jahressatze fixierte Beträge zu bewilligen. Diese Beträge haben in einzelnen Fällen eine so beträchtliche Höhe erreicht, daß von einer ehrenamtlichen Verwaltung kaum noch gesprochen werden kann.

Es ist notwendig, für diese neben den gesetzlichen Bestimmungen entstandene Einrichtung im Gesetz eine festere Unterlage und Gestalt zu schaffen. Festzuhalten ist dabei jedoch, daß die Anschauung zurückzuweisen ist, als könnte sich der Genossenschaftsvorstand oder der Vorsitzende desselben in allen seinen Funktionen durch Bevollmächtigte vertreten lassen, wie es in den privatrechtlichen Verhältnissen eines Handelsgeschäfts zulässig ist. In den wichtigen öffentlichrechtlichen Obliegenheiten der Vorstände, vor allem in der Festsetzung der Renten, ist jede auf einer privat-rechtlichen Anstellung oder Vollmacht beruhende Stellvertretung ausgeschlossen. Dagegen kann zugelassen werden, daß der Vorstand unter Aufrechterhaltung der ihm gesetzlich obliegenden Verantwortung bestimmte andere Geschäfte auf besoldete Geschäftsführer überträgt. Um eine Gewähr dafür zu haben, daß hierin nicht zu weit gegangen wird, soll dem Reichsversicherungsamte die Aufgabe, die zur Ausführung dieser Vorschrift erforderlichen Bestimmungen zu erlassen, übertragen werden, zu deren Lösung ihm aus der bisherigen Durchführung der Unfallversicherungsgesetze genügende Erfahrungen zu Gebote stehen.

Das RVA. hat unter dem 18. September 1903 Vorschriften, betr. die Übertragung von Verwaltungsgeschäften auf die Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften erlassen, die im Handbuch der Unfallversicherung Bd. 3 S. 397 abgedruckt sind und eine weitgehende Entlastung des Vorstandes der Berufsgenossenschaft und seines Vorsitzenden ausmachen. Von den Einzelheiten sind als besonders wichtig hervorzuheben: die Vorbereitung aller Verwaltungsgeschäfte des Vorstandes, insbesondere auch die Beweisaufnahme vor der Entscheidung, die Feststellung von vorläufigen Unfallschädigungen in Fällen, in denen eine schleunige Hilfe geboten ist, die Ausfertigung der Bescheide und die Überweisung von Entschädigungen an Krankenkassen, Armenverbände usw. und die Überwachung der Rentenempfänger. Ferner kann ihnen außer der Vorbereitung der Entscheidung auch die Ausführung in Angelegenheiten übertragen werden, welche

a) die Mitgliedschaft eines Betriebsunternehmers oder die Versicherung eines Betriebsunternehmers, seiner Angestellten oder dritter Personen,
b) die Veranlagung der Betriebe nach dem Gefahrentarif,
c) die Beitrag- und Prämienfestsetzung,
d) die Widersprüche (Einsprüche, Beschwerden) oder Anträge auf Rückerstattung von Beiträgen oder Prämien,
e) die Beobachtung der Unfallverhütungsvorschriften,
f) die Ausübung der Strafgewalt der Berufsgenossenschaft,
g) Stundung oder Niederschlagung von Beiträgen, Prämien oder sonstigen Forderungen der Berufsgenossenschaften,

zum Gegenstande haben. Der Geschäftsführer kann auf dem Gebiete der Rechtshilfe selbständig handeln und für Rechnung der Berufsgenossenschaft Verträge abschließen über die ärztliche Behandlung eines einzelnen Verletzten, über die Lieferung von Arzneien, Heil- oder Hilfsmitteln an diesen, über die Abgabe eines einzelnen Gutachtens durch einen Sachverständigen zum Zwecke der Beweisaufnahme über die Lieferung von Schreibgerät und über die Lieferung von Arbeiten oder Sachen zur Instandhaltung der Geschäftsräume und der Inventarstücke, im letzteren Falle soweit es sich nicht um wiederkehrende Leistungen handelt. Der Geschäftsführer kann allein oder in Gemeinschaft mit einem anderen Beamten zu Einnahmen und zu Ausgaben für

Digitized by Google

Rechnung der Genossenschaftskasse ermächtigt werden. Die Ausgaben dürfen aber nur betreffen die vorläufige Entschädigung der Anspruchsberechtigten, die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die durch Entscheidung der Berufsgenossenschaft eines Gerichts oder einer Verwaltungsbehörde endgültig festgesetzte Zahlungspflicht. Im Namen (im Auftrage, in Vertretung) des Vorstandes darf der Geschäftsführer nicht unterzeichnen, sondern nur unter Angabe seiner Dienststellung.

Daß eine solche Regelung eine starke Beeinträchtigung des ehrenamtlichen Charakters der Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaft darstellt, kann füglich nicht geleugnet werden. Sie ist geeignet, in den Kreisen der Versicherten die Vorstellung hervorzurufen, daß der Geschäftsführer die maßgebende Figur in der Verwaltung der Berufsgenossenschaft ausmache.

Würde eine ähnliche Regelung bei den Krankenkassen einsetzen, so kann mit Bestimmtheit darauf gerechnet werden, daß der Einfluß des Vorstandes und des Vorsitzenden des Vorstandes nicht nur in den Augen der Kassenmitglieder, sondern auch nach außen hin wesentlich eingeschränkt erscheint. Es würde nicht abgestritten werden können, daß die Verwaltung der Krankenkassen einen stark bureaukratischen Zug erhält und ihr ehrenamtlicher Charakter in den Hintergrund gedrängt werden würde; und doch wird bei dem Anwachsen der Verwaltungsgeschäfte in den großen Krankenkassen für die Dauer nichts anderes übrig bleiben, als die Stellung des geschäftsleitenden Beamten der Krankenkassen im Gesetz auszubauen, wenn nicht in anderer Weise die Möglichkeit geschaffen wird, daß der Vorsitzende des Vorstandes selbst auf die Erledigung der Geschäfte einen maßgebenden Einfluß erhält.

Verlust der Anwartschaft und andere Schädigungen von Kriegsteilnehmern in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Von Rechnungsrat H. Arndt in Berlin-Steglitz.

Unter den Kriegsteilnehmern werden sich noch viele befinden, die bereits vor Kriegsbeginn dem stehenden Heere angehörten, und unter ihnen auch solche, bei denen die Voraussetzung des § 1393 Abs. 2 RVO., daß sie vor ihrer Militärdienstzeit berufsmäßig nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen wären, nicht erfüllt ist; so z. B. Gelegenheitsarbeiter, Saisonarbeiter, streikende Berufsarbeiter u. a., deren Militärdienstzeiten daher nach § 1393 Abs. 2 als Beitragswochen nicht zählen. Gerade sie, die mindestens den gleichen Anspruch auf Schutz hätten, werden daher eben wegen ihres längeren Militärdienstes vor dem Kriege, häufig auch des Vorteils verlustig gehen, der ihren erst mit Kriegsbeginn oder später heeresangehörigen Berufsgenossen nach § 1 der Bundesratsverordnung vom 23. 12. 1915 (ArbVers. 1916 S. 39) zusteht, nämlich des Vorteils der Anrechnung der Kriegsdienstwochen als Zeiten freiwilliger Versicherung in Lohnklasse II, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen.

Der Ausfall an Beiträgen während der zweijährigen Militärdienstzeit vor dem Kriege läßt diese Gruppe von Kriegsteilnehmern der Bedingung des § 1 der Verordnung, daß die Anwartschaft vor dem Kriegsdienst aufrecht erhalten ist oder gemäß der Verordnung aufrecht erhalten wird, noch seltener genügen, als ihre erst mit oder nach Kriegsbeginn zum Heeresdienst herangezogenen Kameraden. Auch trifft sie eine immerhin nicht unbeträchtliche Einbuße an Grundbetrag und Steigerung der Rente; denn der Friedensdienst wird als Beitragszeit nicht angerechnet und der Kriegsdienst nur, wenn die hier besonders gefährdete Anwartschaft nicht vorher erloschen war. Ist ihre Anwartschaft aufrecht erhalten, so haben sie bei

Digitized by Google

dem nur erst einige Jahre bestehenden Versicherungsverhältnis und bei der immer nur vorübergehenden Erwerbstätigkeit wegen der langen Arbeitsunterbrechung durch Militärdienst vor dem Kriege noch weniger oft mindestens 100 Pflichtbeiträge nachzuweisen als ihre jüngeren Kriegsgefährten, und haben somit noch mehr als jene die Verlängerung der Wartezeit auf 500 Wochen bei der Invalidenrente (§ 1278 Nr. 1 RVO.) sowie den Verlust des Anspruchs auf Invaliden- und Hinterbliebenenrente überhaupt zu befürchten, meist außerstande, mindestens 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Selbstversicherung zu leisten (§ 1279 Abs. 1). Eine vor dem Kriege erloschene Anwartschaft unterwirft sie den harten Bedingungen des Wiederauflebens der Anwartschaft nach § 1283, das nach dem 40. Lebensjahre — Fälle, die hier nicht ausgeschlossen sind — nur noch möglich wird, wenn mindestens 500 Beiträge vor dem Erlöschen nachgewiesen sind und demnach eine Wartezeit von 500 Beitragswochen zurückgelegt ist.

Die genannten Schäden bedrohen unter den vorübergehend erwerbstätigen Kriegsteilnehmern insbesondere die gedienten Reservisten, deren letzte Anwartschaftsfrist schon vor Kriegsbeginn abgelaufen ist. Wenn das Ende des letzten Anwartschaftszeitraums weit genug in die Zeit des Kriegsdienstes hineinreicht, vollzieht sich auch bei ihnen von selbst ohne Zutun des Versicherten durch Einrechnung der Kriegsdienstzeit nach § 1 der Kriegsordnung die Aufrechterhaltung der Anwartschaft.

Die letzte zweijährige Anwartschaftsfrist eines versicherungspflichtigen unständigen Hafenarbeiters endete am 31. 12. 1913, seine zweijährige Militärdienstzeit am 31. 3. 1914. Wegen der der Beitragsleistung verfügbaren kurzen Zeit (1. 1. bis 31. 3. 1912) ist die Anwartschaft erloschen. Das Versicherungsverhältnis ist nach Beendigung des Militärdienstes (1. 4. 1914) durch Wiederaufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung und durch freiwillige Beitragsleistung erneuert. Bis zum Kriegsausbruch wurden 17 Beiträge, darunter 5 Pflichtmarken, verwendet. Die Ergänzung zu 200 Beitragswochen (§ 1283 Abs. 1) durch Anrechnung der Kriegsdienstzeit nach § 1 der Verordnung vom 23. 12. 1915 — zu vgl. Hanow-Lehmann, Kriegsverordnungen zur Inv.- u. Hinterbl.-Vers. Anm. 5 zu § 1 — ist zur Zeit (165 Kriegswochen) noch nicht möglich. Die Anwartschaft könnte im Falle der Fortdauer des Krieges erst Ende Januar 1918, andernfalls durch Fortsetzung der Pflichtversicherung oder durch Weiterversicherung nach dem Kriege wieder aufleben. Aus der Zeit vor der Friedensdienstleistung liegen 90 Pflichtmarken vor, im ganzen also aus der Zeit vor Kriegsbeginn 95 Pflicht- und 12 Weiterversicherungsbeiträge. Daher würden erst nach dem Kriege durch Wiederaufnahme versicherungspflichtiger Arbeit Invaliden- und Hinterbliebenenrentenansprüche überhaupt entstehen (§ 1279 Abs. 1) und an Stelle der Wartezeit von 500 Wochen die verkürzte von 200 Beitragswochen für die Invalidenrente (§ 1278 Nr. 1) treten können.

An Grundbetrag und Steigerungssätzen wird der Jahresbetrag der Invalidenrente des Hafenarbeiters um 104 mal (0,02 + 0,06) *M* aus der Militärdienstzeit vor dem Kriege und aus der Kriegsdienstzeit bis jetzt um 165 mal 0,08 *M*, zusammen um 21,52 *M*, die Witwenrente jährlich um 6,46 *M* und die Rente jeder einzelnen Waise um 3,23 *M* geschädigt.

Mit einer unter Umständen schadlos haltenden Nachentrichtung von Beiträgen innerhalb der in den §§ 1442, 1443 RVO. vorgeschriebenen und durch § 3 der Verordnung für Kriegsteilnehmer erweiterten Grenzen dürfte im allgemeinen nicht zu rechnen sein, weil die hier in Betracht kommenden Versicherten die Last der überdies durch den Arbeitgeberanteil erhöhten Beiträge während der erwerbslosen Zeiten des Militärdienstes nicht tragen können. Aber selbst in den Ausnahmefällen einer nachträglichen Beitragszahlung würde das Erlöschen der Anwartschaft sich nicht auf-

Digitized by Google

halten lassen, wenn die Nachentrichtungsfrist bereits vor dem Kriegsdienst geendet hat. Vor Beginn des Kriegsdienstes fällige Beiträge, die bei Kriegsdienstbeginn nach den §§ 1442, 1443 nicht mehr nachentrichtet werden durften, können während der Kriegsdienstzeiten auch nach § 3 der Verordnung vom 23. 12. 1915 nicht mehr nachgezahlt werden. So entgingen Wehrpflichtige der Dienstjahre 1911/13 oder ältere mit annähernd gleichlaufenden Anwartschaftszeiträumen dem Verlust der Anwartschaft nur noch durch Nachbringen von freiwilligen Beiträgen in der militärdienstfreien Zeit möglicher Erwerbsgelegenheit bis zum Ablauf der Nachentrichtungsfrist vor Kriegsdienstanfang. Den mit oder nach Kriegsbeginn Dienstpflichtigen stehen die früher wehrpflichtigen Jahrgänge der unständig berufstätigen Versicherten wiederum darin nach, daß sie wegen des längeren Militärdienstes in Friedens- und Kriegszeiten meist nicht in der Lage sind, die fälligen Beiträge nachzuentrichten wie jene, die in den militärdienstfreien Zeiten vor dem Kriege aus ihrem Arbeitsverdienst eher die Kosten nachträglicher Beitragsleistung bestreiten können. Völlige Gleichstellung beider Gruppen von Versicherten tritt ein, wenn die Nachentrichtungsfristen der §§ 1442, 1443 RVO. nach Kriegsbeginn schließen. Dann können alle Versicherten ohne Unterschied Beiträge, die bei Kriegsbeginn noch wirksam nachentrichtet werden konnten, nachträglich noch bis zum Schluß des auf das letzte Kriegsjahr folgenden Kalenderjahres zahlen, und zwar Pflichtbeiträge vor und nach Friedensablauf des § 1442 in voller Zahl und in gesetzlicher Lohnklasse, und freiwillige Beiträge vor Fristablauf des § 1443 für jede nicht belegte Woche und in beliebiger Lohnklasse, nach Fristablauf des § 1443 nur noch in dem zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft erforderlichen Umfang und nur noch in den Lohnklassen I oder II (§§ 3, 5 Abs. 1 der Kriegsverordnung vom 23. 12. 1915 — Hanow-Lehmann, Anm. 7 zu § 2 und Anm. 6, 7 zu § 3 der Verordnung).

Ein wegen geringfügigen Entgelts (Ziff. 1 b der Bundesratsbestimmungen vom 27. 12. 1899) versicherungsfreier Flurwächter und Gemeindediener ist nach § 1243 Abs. 1 selbstversichert. Die letzte Anwartschaftsfrist währt vom 1. 1. 1911 bis 31. 12. 1912. Davon sind 20 Wochen mit Marken belegt und 85 Wochen wegen Wehrpflichterfüllung (1. 1. 1911 bis 30. 9. 1913) nicht belegt, von letzteren nach Schluß der Dienstzeit bis zum Ende der einjährigen Nachzahlungsfrist (1. 10. bis 31. 12. 1913) 13 Wochen mit nachträglich beigebrachten Beiträgen der Fortsetzung der Selbstversicherung (§ 1443). Die Anwartschaft ist erloschen (§ 1282) und kann nach den Bedingungen des § 1283 Abs. 1 zur Zeit nicht wieder aufleben, da vom 1. 1. 1914 ab bis jetzt nur 196 Wochen zählen, von denen 165 auf den Kriegsdienst anrechnungsfähig sind (Hanow-Lehmann, Anm. 5 zu § 1 der Verordnung.).

Auch hier machen sich die nachteiligen Folgen lückenhafter Beitragsleistung von Kriegsteilnehmern unständiger Berufsart infolge des zweijährigen Militärdienstes vor dem Kriege bemerkbar gegenüber den Kriegsteilnehmern gleicher Art, die mit Beginn des Krieges oder später dem Heere angehörten und die die Wohltaten einer verlängerten Nachentrichtungsfrist nach § 3 der Verordnung unbeschränkter genießen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Amtsenthebung nach § 24 Abs. 1 RVO. wegen Vertrauensunwürdigkeit.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 9. Juni 1917 (2376 Amtl. Nachr. 1917 S. 550).

Werden von einem Gewählten Tatsachen bekannt, die seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließen, so hat ihn bei Krankenkassen die Aufsichtsbehörde seines Amtes durch Beschluß zu entheben (§ 24 Abs. 1 RVO.). Gegen den Beschluß ist, wenn es sich um eine Krankenkasse handelt, nach

Digitized by Google

§ 24 Abs. 3 Beschwerde beim Oberversicherungsamte (Beschlußkammer) zulässig. Die auf Beschwerde erlassene Entscheidung des Oberversicherungsamts kann, da das Gesetz nichts anderes vorschreibt, nach § 1797 RVO. mit dem Rechtsmittel der weiteren Beschwerde beim Reichsversicherungsamt angefochten werden (zu vgl. auch Begr. zu § 21 des Entw. der RVO. — jetzt § 24 RVO. — S. 42). Die weitere Beschwerde ist hiernach zulässig; sie erweist sich auch als begründet.

Der § 24 Abs. 1 RVO. (§ 21 des Entwurfs) ist aus den § 42 Abs. 2 bis 4 des Krankenversicherungsgesetzes, § 91 des Invalidenversicherungsgesetzes und § 47 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes hervorgegangen. In den beiden letzten Vorschriften waren als Grund für die Amtsenthebung „grobe Verletzungen der Amtspflicht" angeführt, der § 42 Abs. 4 des Krankenversicherungsgesetzes sprach von „groben Verletzungen der Amtspflicht in bezug auf die Kassenführung". Nach der Begründung zu § 21 des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung genügte in dieser Hinsicht eine kürzere Fassung, ähnlich der, die früher das Invalidenversicherungsgesetz und das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz enthielten. Die Kommission setzte an Stelle des Wortes „Kassenführung" in § 21 des Entwurfs „Geschäftsführung" (Kommissionsber. I S. 20, 21). Da abgesehen hiervon eine sachliche Änderung der früheren Vorschriften nicht beabsichtigt war, muß angenommen werden, daß auch bei Anwendung des § 24 Abs. 1 RVO. nur „grobe" Verletzungen der Amtspflichten den Ausschluß der Vertrauenswürdigkeit eines Gewählten zu begründen vermögen (zu vgl. Hanow, Kommentar Anm. 4 zu § 24 RVO.; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2 zu § 24). Es genügt in dieser Hinsicht also nicht jedes unzweckmäßige oder an und für sich zu mißbilligende Verhalten des Gewählten; vielmehr müssen bestimmte Verfehlungen schwerwiegender Natur nachgewiesen sein, aus denen sich die persönliche Unzuverlässigkeit des Gewählten für die Geschäftsführung ergibt. Daß derartige grobe, die Vertrauenswürdigkeit des Beschwerdeführers ausschließende Verletzungen der Amtspflicht hier vorliegen, hat der Senat nach den tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanzen nicht angenommen. Eine besonders schwere Verfehlung würde zwar gegeben sein, wenn der Beschwerdeführer der Aufsichtsbehörde der Kasse wissentlich falsche Angaben gemacht hätte. Allein diesen Vorwurf hat das Oberversicherungsamt nicht aufrecht erhalten, und er ist auch nach Ansicht des Senats nicht erwiesen. Im übrigen lassen zwar die Feststellungen der Vorinstanz erkennen, daß der Beschwerdeführer die Geschäftsführung der Kasse vielfach erschwert hat, wenn auch erhebliche Schädigungen der Kasse und der Versicherten hierdurch nicht verursacht worden sind, und daß er im Verkehre mit anderen Versicherungsträgern und Behörden, insbesondere dem Versicherungsamte, häufig den erforderlichen Takt und die notwendige Pünktlichkeit vermissen ließ. Er ist nach den getroffenen Feststellungen ein rechthaberischer Charakter, eigensinnig und vielfach schwer belehrbar. Diese Eigenschaften mögen ihn wenig geeignet erscheinen lassen, das verantwortungsvolle Amt eines Vorsitzenden des Kassenvorstandes zu versehen. Aber eine allgemeine Unzuverlässigkeit des Charakters des Beschwerdeführers wird damit nicht bewiesen. Insbesondere hätte es das Versicherungsamt in der Hand gehabt, den Beschwerdeführer durch rechtzeitiges Androhen und Festsetzen von Geldstrafen auf Grund des § 31 RVO. zur pünktlichen Befolgung seiner Anordnungen und auf etwaige Beschwerden des Kassenvorstandes zum sachgemäßen Vollzug der Beschlüsse der Kassenorgane anzuhalten und auf diese Weise Widerstände zu brechen. Da hiernach ausreichende Tatsachen nicht erwiesen sind, die die Vertrauenswürdigkeit des Gewählten für die Geschäftsführung ausschließen, mußte der weiteren Beschwerde stattgegeben werden, was die Aufhebung der Entscheidungen der Vorinstanzen zur Folge hat.

Ersatzzustellung bei Sendungen an Personen, die zum Heeresdienst eingezogen sind.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Mai 1915 (I a 4526/16. 14 B.).

In Übereinstimmung mit § 155 Abs. 1 Satz 1 GUVG., jedoch für alle Zweige der Reichsversicherung, schreibt § 135 RVO. vor, daß Zustellungen, die eine Frist in Lauf setzen, durch eingeschriebenen Brief geschehen können. Im Hinblick auf jene frühere Vorschrift ist von der Rechtsprechung der auch in der Entscheidung der Vorinstanz erwähnte Grundsatz anerkannt worden, daß die Rechtswirksamkeit der Zustellung mittels eingeschriebenen Briefes hinsichtlich der Person, an welche die Aushändigung erfolgt, davon abhängt, ob diese den postalischen Bestimmungen über die Aushändigung eingeschriebener Briefe entsprach (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. I S. 669 Anm. 4 zu § 155 GUVG.). An diesem Grundsatz ist auch unter der Herrschaft des neuen Rechts festzuhalten. Nach § 39 VII Abs. 1 der Postordnung für das Deutsche Reich vom 20. März 1900 (Zentral-Bl. für das Deutsche Reich S. 53) können Einschreibungen, wenn der Empfänger in der Wohnung nicht angetroffen wird, „an ein erwachsenes Familienglied des Empfängers" bestellt werden. Der Ausdruck „Familienglied des Empfängers" im Sinne dieser Bestimmung ist in der Allgemeinen Dienstanweisung des Reichspostamts dahin ausgelegt, daß zu der „Familie" der Ehegatte und die mit dem Empfänger durch Blutsverwandtschaft verbundenen Personen gerechnet werden. Diese Bestimmungen, die nach der bisherigen Rechtsprechung auch maßgebend waren, wenn der Empfänger sich auf Reisen,

Digitized by Google

im Krankenhause usw. befand (zu vgl. die weiteren Ausführungen an der angezogenen Stelle des Handb. der Unfallvers. S. 670), sind in Ermangelung abweichender Sonderbestimmungen auch zugrunde zu legen, wenn der Empfänger zum Heeresdienste, insbesondere während eines Feldzugs zum Kriegsdienst eingezogen ist und infolgedessen von seiner — an sich beibehaltenen Wohnung — abwesend ist. Besonders aus Anlaß des Krieges erlassene Vorschriften, wie sie z. B. für bürgerliche Rechtsstreitigkeiten durch das Gesetz, betreffend den Schutz der infolge des Krieges an Wahrnehmung ihrer Rechte behinderten Personen, vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 328) ergangen sind, kommen für das Rentenfeststellungsverfahren der Unfallversicherung nicht in Betracht. Auch hinsichtlich der Zustellung von Rentenbescheiden sind keine Sondervorschriften erlassen. Ob ein Anlaß zu Maßnahmen der letzteren Art als gegeben erachtet werden könnte, kann hier dahingestellt bleiben. Ein solcher würde jedenfalls hinsichtlich derjenigen Fälle, in denen der Zustellungsempfänger zwar zum Kriegsdienst eingezogen ist, sich aber in einem ausländischen, von wesentlichen Verkehrsbeschränkungen nicht betroffenen Garnisonsorte befindet, kaum anzuerkennen sein. Von den in der Wohnung zurückgebliebenen Familiengliedern des Zustellungsempfängers darf erwartet werden, daß sie eine, durch den Einschreibevermerk ohne weiteres als wichtig in die Augen springende Sendung dem Abwesenden unverzüglich zugehen lassen, und es ist Sache des Kriegsdienstpflichtigen, beim Antritt der Kriegsdienstleistung ausdrückliche Anordnungen für die Behandlung und Weiterleitung wichtiger Sendungen zu hinterlassen und später seine jeweilige Anschrift regelmäßig mitzuteilen. Bei der Zuverlässigkeit und Schnelligkeit, mit der sich auch in der Kriegszeit der postalische briefliche Verkehr im Inlande im allgemeinen abwickelt, wird in den meisten Fällen dieser Art die Kürzung der Rechtsmittelfrist, die dem Empfänger daraus erwächst, daß er die Sendung erst nach dem Wirksamwerden der Zustellung erhält, nur wenige Tage umfassen, so daß ein wesentlicher Nachteil in der Kürzung allein nicht erblickt werden kann. Denn die Rechtsmittelfristen sind schon im allgemeinen zeitlich so weit bemessen, daß auch bei Berücksichtigung zeitweiliger Behinderungen usw. noch ein ausgiebiger Zeitraum sowohl für die Überlegung über die etwa zu ergreifenden Maßnahmen als auch für diese selbst verbleibt. Inwieweit die vorstehenden Erwägungen nicht zutreffen in Fällen, in denen sich der Zustellungsempfänger im Felde oder sich in einem von erheblichen Verkehrsbeschränkungen betroffenen Gebiete aufhält, braucht hier nicht erörtert zu werden, da es sich um den weit außerhalb des Kriegsgebiets liegenden Garnisonort Hannover handelt. In dieser Beziehung ist nur darauf hinzuweisen, daß in Fällen der zuletzt erwähnten Art häufig eine durch unabwendbare Zufälle eingetretene Verhinderung, die gesetzliche Verfahrensfrist einzuhalten, vorliegen und demgemäß die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gemäß § 131 Abs. 1 RVO. zu erteilen sein wird. Ob dies zu geschehen hat, ist nach Lage des einzelnen Falles zu beurteilen. . . .

B. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe für Ausländerinnen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Juni 1917 (2368 Amtl. Nachr. 1917 S. 538).

Da bei dem vorliegenden Erstattungsanspruche die Revision nach § 1778 Abs. 1 RVO. ausgeschlossen wäre, ist die Abgabe an das Reichsversicherungsamt zu Recht erfolgt. Es handelt sich um die grundsätzliche Frage, ob auch Ausländerinnen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 8 der Verordnung des Bundesrats vom 3. Dezember 1914 haben. § 8 bestimmt, daß gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen, die Anspruch auf Wochengeld nach § 195 der RVO., nicht aber auf Wochenhilfe nach § 1 der Verordnung haben, ihre Kasse, auch wenn die Satzung solche Mehrleistungen nicht vorsieht, während der Dauer des Krieges die im § 3 Nr. 1, 3 und 4 bezeichneten Leistungen — Entbindungskostenbeitrag, Unterstützung bei Schwangerschaftsbeschwerden und Stillgeld in dem dort festgesetzten Umfang — aus eigenen Mitteln zu gewähren hat. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung wird kein Unterschied zwischen deutschen Versicherten und solchen gemacht, die Angehörige fremder Staaten sind. Auch ihr Zweck rechtfertigt keine derartige Unterscheidung. Richtig ist, daß die Gewährung der Wochenhilfe aus Reichsmitteln nach der Verordnung des Bundesrats vom 3. Dezember 1914 von dem Gedanken getragen wird, daß im Hinblick auf die gewaltigen Opfer an Menschenleben, die der Krieg fordert, vorsorglich auf die Erhaltung und Kräftigung der kommenden Generation schon bei deren Eintritt in das Leben Bedacht genommen werden muß. Es handelt sich dabei um eine besondere Fürsorgemaßregel des Reichs, die naturgemäß an erster Stelle sich den Neugeborenen der Kriegsteilnehmer zuzuwenden hatte, weil diesen durch den Ruf zu den Fahnen die Möglichkeit benommen ist, den ihrigen selbst mit der nötigen Hilfe beizustehen. Die Reichswochenhilfe, die kein Ausfluß der Krankenversicherung, sondern dieser nur aus Zweckmäßigkeitsgründen angegliedert ist, stellt sich also als eine Maßregel zur Sicherung und Kräftigung des deutschen Nachwuchses dar. Das kommt schon dadurch zum Ausdruck, daß nach § 1 a. a. O. Voraussetzung für den Bezug der Leistungen die Beteiligung des Ehe-

Digitized by Google

manns an den Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten des Reichs bildet. Damit ist die Gewährung der Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs an Ausländerinnen regelmäßig ausgeschlossen. Anders liegt die Sache bei den Leistungen nach § 8 a. a. O., welche die Krankenkassen aus eigenen Mitteln gewähren müssen. Für die Einfügung des § 8 war zugleich maßgebend, daß Wöchnerinnen, die selbst Kassenmitglieder, aber nicht Ehefrauen von Kriegsteilnehmern sind, es notwendig als unbillig empfinden würden, wenn ihnen, nachdem die Kassenleistungen durch das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 337, Amtl. Nachr. 1914 S. 628) allgemein auf die Regelleistungen herabgesetzt worden sind, trotz eigener Beitragszahlung Leistungen vorenthalten blieben, die jenen nicht selbst Beiträge leistenden und der Krankenversicherung ferner stehenden Ehefrauen von Kriegsteilnehmern zugute kommen (zu vgl. Bescheid des Reichsamts des Innern, veröffentlicht in den Mitteilungen des allgemeinen Verbandes Deutscher Landkrankenkassen 1917 S. 40; Bescheid des Königl. Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 19. Januar 1915, abgedruckt in ArbVers. 1915 S. 178). § 8 soll also einen Ausgleich bilden zugunsten der Personen, die selbst versichert sind, den Voraussetzungen des § 1 der Verordnung aber nicht genügen. Es liegt kein Grund vor, diese Erwägungen nicht Platz greifen zu lassen bei Ausländerinnen, die infolge versicherungspflichtiger Tätigkeit im Inland oder freiwillig Kassenmitglieder geworden sind. Sie haben die gleichen Beiträge zu entrichten wie Inländerinnen, die durch das bezeichnete Reichsgesetz vom 4. August 1914 für die Dauer des Krieges einheitlich auf 4½ v. H. des Grundlohns festgesetzt sind. Folgerichtig müssen ihnen auch die gleichen Leistungen zugebilligt werden. Eine Abweichung zuungunsten von Ausländerinnen wäre nur zulässig, wenn es sich um besondere Leistungen handelte, die ausgesprochenermaßen nur deutschen Wöchnerinnen zugute kommen sollten. Das ist aber nach dem Dargelegten bei den Leistungen des § 8 nicht der Fall; sie sind eine Maßregel der Krankenversicherung selbst. Mögen sie für die Dauer des Krieges gesetzliche Regelleistungen der Kassen geworden sein (so Krause in der „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 144) oder Mehrleistungen, die vorübergehend Zwangsnatur erhalten haben (so Nachsatz der Schriftleitung a. a. O. S. 145; zu vgl. auch Entsch. 2250, Amtl. Nachr. 1916 S. 632), so sind sie doch jedenfalls Pflichtleistungen der Kassen in Ergänzung der Regelleistungen der Reichsversicherungsordnung. § 8 der Verordnung enthält daher eine Ergänzung und Erweiterung der durch das Gesetz, betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 eingeschränkten Leistungen der Reichsversicherungsordnung und der Kassensatzung an Wochenhilfe (ebenso Sonderhoff in ArbVers. 1915 S. 1 ff., insbesondere S. 8). Die Leistungen auf Grund des § 8 sind Leistungen der Reichsversicherung. Deshalb kann von der Regel, die auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung, abgesehen von den in dem Gesetze selbst vorgesehenen Ausnahmen, gilt, daß Ausländer als Versicherte den Inländern gleich zu behandeln sind, auch hier nicht abgewichen werden. Vielmehr führt Wortlaut, Zweck und Zusammenhang der Bestimmung dazu, die Leistungen nach § 8 Kassenmitgliedern nicht deshalb vorzuenthalten, weil sie Ausländer sind (ebenso Krause, Kriegswochenhilfe, Anm. 5 zu § 8; Hoffmann, Die Kriegsgesetze für die Krankenversicherung, Anm. 1 zu § 8; anderer Meinung „Betriebskrankenkasse" 1916 S. 117 und 145, 1917 S. 82). Ob das gleiche hinsichtlich der Angehörigen feindlicher Staaten gelten muß oder ob insoweit im Hinblick auf die für diese geltenden besonderen Vorschriften eine Ausnahme zu machen ist (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 143 Ziff. 6), konnte vorliegend dahingestellt bleiben, da es sich hier um die Angehörige eines neutralen Staates handelt.

Wochengeld für die Zeit vor der Entbindung.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 19. Juni 1917 (2367 Amtl. Nachr. 1917 S. 536).

Nach § 195 Abs. 1 RVO. ist das Wochengeld für acht Wochen zu zahlen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Entbindung fallen müssen. Das Wochengeld kann somit, soweit es sich um zwei Wochen handelt, für die Zeit vor oder nach der Entbindung gewährt werden. Die Entscheidung hierüber ist an sich dem Kassenvorstand überlassen (zu vgl. Revisionsentsch. 1990, Amtl. Nachr. 1915 S. 429, ArbVers. 1915 S. 445). Das Reichsversicherungsamt hat diesen Grundsatz in jener Entscheidung aber bereits für den Fall eingeschränkt, daß die Wöchnerin während zweier Wochen vor der Entbindung arbeitsunfähig war. Das Wochengeld darf dann nicht für die Zeit vor der Entbindung, sondern muß lediglich für volle acht Wochen nachher gezahlt werden. Daraus folgt, daß das Wochengeld, soweit es nicht für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung gewährt wird, nicht für eine Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt werden darf, daß es vielmehr, soweit die Wöchnerin während zweier Wochen vor der Entbindung arbeitsunfähig war, für eine entsprechend lange Zeit nachher, und, soweit die Arbeitsunfähigkeit während der siebenten oder achten Woche nach der Entbindung bestanden hat, umgekehrt für eine entsprechende Zeit vor der Entbindung zu gewähren ist. Dieser Grundsatz findet seine Begründung darin, daß an sich während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld besteht, das Krankengeld aber nach § 195 Abs. 3 RVO. neben Wochengeld nicht zu zahlen ist und somit die Kasse zu Unrecht bereichert würde, wenn sie das Wochengeld, soweit es sich um die in

Digitized by Google

Rede stehenden zwei Wochen handelt, für eine Zeit der Arbeitsunfähigkeit gewähren würde. Dabei kann dahingestellt bleiben, wie zu entscheiden ist, wenn die Wöchnerin sowohl während zweier Wochen vor der Entbindung als auch während der siebenten und achten Woche nachher arbeitsunfähig war. Dieser Fall liegt hier nicht vor. . .

Gültigkeit satzungsmäßiger Beschränkung der Familienhilfe.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 25. Juni 1917 (2370 Amtl. Nachr. 1917 S. 541).

Für die Entscheidung der Sache kommt es zunächst darauf an, welche Bedeutung der Bestimmung des § 22 Abs. 2 der Satzung der beklagten Kasse beizumessen ist. Hiernach wird den Ehefrauen und den zur Familie gehörenden Kindern der Kassenmitglieder, die in ihrer häuslichen Gemeinschaft leben, freie ärztliche Behandlung für die Dauer von 26 Wochen durch die im Kassenbezirk errichtete ärztliche Beratungsstelle gewährt. Diese Bestimmung läßt sich nur dahin verstehen, daß eine ärztliche Behandlung der bezeichneten Familienangehörigen hiernach nur in dem Umfang stattfinden soll, wie eine Beratungsstelle sie gewähren kann. Es handelt sich also nicht, wie der Kläger meint, um eine Ordnungsvorschrift, sondern um eine sachliche Begrenzung der Kassenleistungen. Fraglich ist, ob eine solche Beschränkung der Krankenpflege im Sinne des § 205 Nr. 1 RVO. durch die Satzung überhaupt zulässig ist. Zur Krankenpflege gehören die Leistungen aus § 182 Nr. 1, §§ 184, 185, 187 Nr. 2 und 3. Daß in diesem Rahmen die Satzung die Leistungen beliebig bemessen oder beschränken kann, ist bei den Verhandlungen zum Gesetze (zu vgl. Kommissionsber. II. S. 102) ausdrücklich anerkannt. Hiernach ist es also zulässig, durch die Satzung als Familienhilfe lediglich ärztliche Behandlung zu gewähren. Aber auch eine noch weitere Einschränkung der ärztlichen Behandlung, wie sie vorliegend die Satzung vorsieht, hat der Senat für zulässig erachtet. Bestimmend war hierfür einerseits der Umstand, daß die Verhandlungen zum Gesetz unzweideutig nur erkennen lassen, daß der Gesetzgeber andere Leistungen als die in § 205 der RVO. vorgesehenen hat ausschließen wollen, und anderseits die Erwägung, daß der Familienhilfe als eine der wichtigsten Mehrleistungen eine besondere Bedeutung beizumessen und daher ihre Einführung nach Möglichkeit zu fördern ist. Daher muß tunlichst vermieden werden, sie dadurch zu gefährden, daß die Kassen bei ihrem Bestreben, sie den tatsächlichen Verhältnissen anzupassen, auf Widerstand stoßen (zu vgl. auch „Betriebskrankenkasse" 1915 S. 91 ff.). Hiernach erweist sich die Satzungsbestimmung grundsätzlich als zulässig. Inwieweit die Verpflichtung der Kasse nach dem Inhalt der Satzung nun im Einzelfalle gehen würde und ob die Auffassung der Kasse zutrifft, daß jede ärztliche Behandlung durch den Arzt als ausgeschlossen gelten müsse, weil ein dahingehender Vertrag mit dem Arzte der Beratungsstelle abgeschlossen sei, kann dahingestellt bleiben. Denn jedenfalls besteht kein Anspruch auf die Behandlung durch die Beratungsstelle dann, wenn die Natur der Krankheit eine solche unmöglich macht. So lag es aber vorliegend. Es handelte sich um eine Scharlacherkrankung, die mit großer Ansteckungsgefahr verbunden ist. Ihre Bekämpfung ist daher auch besonders gesetzlich geregelt (zu vgl. z. B. für Preußen das Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905, Preuß. Gesetzsamml. S. 373 ff.). Eine ambulante Behandlung einer solchen Krankheit ist ausgeschlossen. Entfiel hiernach vorliegend ein Anspruch auf Familienhilfe überhaupt, so ist es, wie gegenüber den Ausführungen des Klägers in der Revisionsinstanz bemerkt werden mag, auch ohne Bedeutung, ob es sich um einen dringenden Fall gehandelt hat. Dann erweist sich aber weiter auch der vom Kläger erhobene Ersatzanspruch als unbegründet. Schon unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes war man darüber einig, daß nach § 57 Abs. 1 kraft Gesetzes ein Anspruch nur in dem Umfang auf den Armenverband übergehen konnte, wie er dem Versicherten gegen die Kasse zusteht (zu vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz Anm. 2 c zu § 57). Deshalb ist auch ein Anspruch des Armenverbandes dann abgelehnt, wenn der Unterstützte gemäß § 26 a Ziff. 2 KVG. einen Anspruch auf Krankengeld überhaupt nicht hatte (zu vgl. Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 19. November 1907, abgedruckt in der ArbVers. 1908 S. 467). Dagegen wurde allerdings angenommen, daß, wenn eine Kasse in ihrer Satzung ihren Mitgliedern bestimmte Verpflichtungen auferlegt, deren Erfüllung sie als Voraussetzung für die Gewährung von Unterstützung seitens der Kasse fordert (Benutzung bestimmter Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser), die Wirksamkeit dieser Bestimmungen sich nur auf die Mitglieder dieser Kasse beziehen kann und ihre Versäumnis nicht den Armenverbänden entgegengehalten werden kann (zu vgl. Entsch. des Großh. Hess. Verwaltungsgerichtshofs vom 26. Januar 1907, abgedruckt in der ArbVers. 1908 S. 330; Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 15. Dezember 1906, abgedruckt in der ArbVers. 1907 S. 304). So lag auch der Sachverhalt in der von dem Kläger angezogenen Entscheidung des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 31. Januar 1901 (Entsch. 18 S. 293 ff.). Anderseits hat aber gerade dieser Gerichtshof in ständiger Rechtsprechung angenommen, daß es für die Ersatzpflicht der Krankenkassen gegenüber den Armenverbänden nur darauf ankommt, ob sie ihrem von einem Armenverband unterstützten Mitgliede die Krankenunterstützung hätte gewähren müssen, wenn das Mitglied sie bei ihnen und nicht bei dem Armenverband in Anspruch genommen hätte (zu vgl. Bescheid des Preuß. Oberverwaltungsgerichts

Digitized by Google

vom 6. Juni 1912, abgedruckt in der ArbVers. 1913 S. 34; Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 13. November 1911, Preuß. Verwaltungsbl. 33 S. 414). Dieser Grundsatz ist auch unter der Reichsversicherungsordnung aufrechtzuerhalten.

C. Zur Unfallversicherung.

Übertritt aus einem in den anderen Betrieb desselben Unternehmers; welche Berufsgenossenschaft haftet?

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 1. Juni 1917.

Der . . . Rennverein ist unstreitig Unternehmer von zwei Betrieben, welche der Versicherungspflicht unterliegen. Zunächst ist er Unternehmer des Rennbahnbetriebes, und dann Unternehmer eines landwirtschaftlichen Betriebs. Jeder dieser Betriebe ist so umfangreich und so selbständig, daß keiner Nebenbetrieb des anderen ist. Der Arbeiter K. war nach der Auskunft des Rennvereins vom 23. Juni 1914 bei der landwirtschaftlichen Bewirtschaftung der Rennwiesen, einschließlich Stallpflege, an 250 Tagen beschäftigt, bei den Bauarbeiten des Rennvereins (an Dämmen, Zuschauerplatz, Sattelplatz, Hindernissen usw.), an 43 Tagen, in den Pensionsstallungen war K. nicht beschäftigt. Nach der weiteren Angabe des Zeugen R. vor dem Versicherungsamt in M. am 21. März 1917 beanspruchte die fragliche Fuhrleistung im ganzen drei Stunden. Es ist also im vorliegenden Falle die Frage zu entscheiden, welche Berufsgenossenschaft zu haften hat, wenn ein Arbeiter aus einem Betriebe eines Unternehmers, der bei zwei Versicherungsträgern versichert ist, vorübergehend in den anderen Betrieb desselben Unternehmers tätig ist und dabei verunglückt. In einem solchen Falle hat der erweiterte Senat des Reichsversicherungsamts in der Sitzung vom 8. März 1902 entschieden, daß die Berufsgenossenschaft zu haften hat, der der Betrieb zugehört, in dem der Verletzte regelmäßig beschäftigt ist; es ist dort anerkannt worden, daß ein Arbeiter, der ständig in einem Betriebe beschäftigt wurde, durch eine gelegentliche, vorübergehende Hilfeleistung für einen anderen Betrieb seines Arbeitgebers nicht zum Arbeiter dieses Betriebs wird. Der erweiterte Senat hatte damals weiter angenommen, daß die Dauer einer Arbeitsschicht nicht geeignet ist, die Zugehörigkeit zu dem Betriebe zu lösen, in dem der Arbeiter ständig beschäftigt ist. Der Senat ist unbedenklich diesen Grundsätzen gefolgt. Allerdings hat das Reichsversicherungsamt wiederholt den gegenteiligen Standpunkt eingenommen und hat dabei mehr den Gesichtspunkt obwalten lassen, daß in solchem Falle die Gefahr von der Berufsgenossenschaft zu tragen ist, der der Betrieb zugehört, der den Nutzen von der jeweiligen Arbeitsleistung hatte. Das Reichsversicherungsamt hat jedoch diesen Grundsatz nicht ständig festgehalten; überhaupt sind derartige Fälle je nach der Lage des Sachverhalts verschieden zu beurteilen. Im vorliegenden Falle erschien es nicht billig, wegen einer zeitlich kaum drei Stunden dauernden Arbeitsleistung anzunehmen, daß der Arbeiter K. aus dem landwirtschaftlichen Betriebe, in dem er regelmäßig beschäftigt war, ausgetreten sei; zumal es sich dabei auch um die Handhabung eines Gespannes handelte, das ganz überwiegend dem landwirtschaftlichen Betriebe diente. Damit ist die Haftung der örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft begründet. Sie mußte daher verurteilt werden, den Arbeiter K. für die Folgen des Unfalls vom 27. Januar 1913 zu entschädigen. Bei dieser Sachlage konnte dahingestellt bleiben, ob der Rennbahnbetrieb und die Stallhaltung des Rennvereins bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft oder bei der Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug und Reittierbesitzer versichert war und ob die fragliche Fuhrleistung als ein Teil einer Eigenbauarbeit des Rennvereins anzusehen war.

§ 1511 RVO. ist nicht anwendbar, wenn die Kasse nachträglich für geleistete Zahlungen Ersatz aus der Unfallrente beansprucht.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 22. Mai 1917 (2375 Amtl. Nachr. 1917 S. 549).

Nach § 1506 Abs. 1 RVO. ist der Ersatzanspruch der Krankenkasse auf den halben Betrag der Unfallrente beschränkt. Dieser Grundsatz gilt für die Beziehungen zwischen der Kranken- und der Unfallversicherung als die allgemeine Regel. Durch ihn wird dem Versicherten in gewissem Umfang eine Doppelversorgung zugestanden, die ihm außer dem Krankengelde die halbe Unfallrente freilassen will. Diese beschränkte Doppelleistung bleibt ihm in der Regel auch dann gewahrt, wenn die Krankenkasse vorleistet. Durchbrochen ist der Grundsatz nur durch die Vorschrift des § 1511 RVO., der eine von der Reichstagskommission in der Ausgleichslesung (Kommissionsber. V. S. 8; zu vgl. auch Stenogr. Ber. über die Verhandl. des Reichst. S. 6980, 6981) eingefügte, aus dem System fallende Ausnahmevorschrift enthält (zu vgl. Kleeis in Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1916 Sp. 854). Nach ihm kann die Satzung der Krankenkasse bestimmen, daß bei einer Krankheit, die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, für die Zeit, für die Unfallrente gewährt

Digitized by Google

wird, Krankengeld nur soweit zu gewähren ist, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt. Hat die Kasse, wie im vorliegenden Falle, von diesem Rechte Gebrauch gemacht, so ist sie für den Fall, daß die Unfallrente bereits gewährt wird, in der Lage, den gesamten gezahlten Betrag bis zur Höhe des Krankengeldes auf das von ihr zu entrichtende Krankengeld anzurechnen (zu vgl. auch Revisionsentsch. 2152, Amtl. Nachr. 1916 S. 359). Diese Ausnahme von der Regel des § 1506 Abs. 1 (§ 1510) gilt aber nur, wenn und soweit der Träger der Unfallversicherung die Fürsorge für den Verletzten bereits übernommen hat, und gibt der Kasse nur die Möglichkeit, ehe sie zahlt, von ihrer Leistung den Betrag der Rente zu kürzen. Auf eine nachträgliche Inanspruchnahme der Leistungen der Berufsgenossenschaft als Ersatz für bereits geleistete Zahlungen der Kasse findet der § 1511 keine Anwendung. Für solche Fälle bleibt es vielmehr bei der oben erwähnten Regel des § 1506 Abs. 1 (zu vgl. Kleeis a. a. O.; Schienke, Die Berufsgenossenschaft 1913 S. 17).

Im vorliegenden Falle hat die Kasse bei ihren Leistungen im August 1915 bereits von ihrem Rechte aus § 1511 Gebrauch gemacht. Da der Versicherte damals eine Teilrente von 50 v. H. bezog, ist er bereits für die fragliche Zeit um die Hälfte der Vollrente verkürzt. Damit ist die Grenze erreicht, die nach §§ 1501, 1506 Abs. 1 RVO. für den regelmäßigen Ersatzanspruch der Kasse bei Gewährung der Vollrente gezogen ist. An dieser Grenze mußte ihr jetziger Versuch, wegen der früher gewährten Leistungen nachträglich Ersatz zu erlangen, scheitern.

Sprechsaal.

Verlängerung des Bezuges des Stillgeldes.

Die gegenwärtigen Leistungen der Reichswochenhilfe sind schon vielfach bemängelt worden. Insbesondere die Dauer des Bezugs des Stillgeldes. Der Reichstagsabgeordnete von Schulze-Gävernitz hatte in einer Anfrage an den Reichskanzler angeregt, in den Sommermonaten das Stillgeld auf eine längere Dauer zu gewähren. Darauf hat der Reichskanzler unterm 18. August 1917 folgende Antwort erteilt: „Daß dem Stillgeld in seiner günstigen Einwirkung auf die Gesundheitsverhältnisse der Säuglinge gerade während der heißen Sommermonate eine erhöhte Bedeutung zukommt, soll nicht verkannt werden. Eine Prüfung der Frage, ob deshalb eine entsprechende Ausdehnung der Bezugszeit über die zwölfte Woche hinaus zweckmäßig und nach der finanziellen Seite hin unbedenklich sei, würde indessen für das laufende Jahr die gewünschten praktischen Erfolge nicht mehr herbeiführen können. Die Anfrage Nr. 209, welche die betreffende Anregung brachte, ist beim Reichsamt des Innern am 9. August 1917 eingegangen. Auch bei tunlichster Beschleunigung der erforderlichen Vorverhandlungen würde eine die Frage im vorgeschlagenen Sinne regelnde Bundesratsverordnung nicht vor Ende August in Kraft treten können. Eine nachträgliche Zahlung für einen bereits abgelaufenen Zeitraum entspräche nicht dem mit der Maßnahme verfolgten Zweck. Die verlängerte Beihilfe wäre also in der Hauptsache nur für einige Wochen des September, also für eine Zeit zu gewähren, in der die nachteiligen Einwirkungen der Hitze bereits zurückzutreten pflegen. Hierzu kommt, daß sich zwar bei denjenigen Müttern, für die die zwölfwöchige Bezugszeit dann noch läuft, die Weiterzahlung ohne besondere Erhebungen bewirken ließe. Bei denjenigen aber, für die die zwölfte Woche beim Inkrafttreten der Verordnung bereits abgelaufen wäre, bedürfte es eines erneuten Antrags, weiterer Erhebungen über die Fortsetzung des Stillens und demnächstiger Neufestsetzung. Darüber müßte auch bei größter Beschleunigung noch ein erheblicher Teil der ohnehin kurzen Zeit hingehen, die für den verlängerten Bezug überhaupt in Betracht kommt. Das Ergebnis dürfte hiernach so unverhältnismäßig gering sein, daß es nicht angezeigt erscheint, die Anregung weiter zu verfolgen."

Es ist nicht verständlich, weshalb die sehr zweckmäßige Anregung nicht weiter verfolgt werden soll. Erstens ist hoffentlich der Sommer 1917 nicht der letzte, in dem die Reichswochenhilfe gewährt wird — sie kann ja auch ohne Kriegszustand durchgeführt werden — und zweitens ist die Verlängerung der Bezugszeit des Stillgeldes auch für den Winter eine sehr erstrebenswerte Einrichtung. Denn das Stillgeld ist die wichtigste Leistung der Reichswochenhilfe. Nach der Erfahrung, besonders auch nach Feststellungen der Wissenschaft ist die Mutterbrust die Nahrung, bei der der Säugling am besten gedeiht. Von den mit Kuhmilch oder anderem Ersatz der Muttermilch ernährten Säuglingen sterben sechs- bis siebenmal so viele, wie von den Brustgenährten. Noch nach langen Jahren machen sich Vorteile, sogar je nach der längeren oder kürzeren Zeit der Bruststillung, bemerkbar. So haben z. B. die länger Brustgestillten weniger schlechte Zähne als die kürzer oder gar nicht gestillten. Jene zeichnen sich auch durch größere Regsamkeit und Befähigung aus und weisen in der Regel bessere Schulzensuren auf als die anderen. Dr. Roese bringt in einem Aufsatz über „Die Wichtigkeit der Mutterbrust für die körperliche und geistige Entwicklung des Menschen" viel statistisches Material zu der Angelegenheit bei. Er zeigt u. a., daß, je länger die Musterungspflichtigen gestillt worden sind, um so größer ihr Körpergewicht, um so weiter der Brustumfang und um so höher die Militärtauglichkeit ist. Welchen Erfolg die mit der Reichswochenhilfe eingeführte Gewährung des Stillgeldes hat, zeigt eine amtliche Erhebung im Großherzogtum Baden. Dort konnte ein Vergleich mit der Ausdehnung der Stilltätigkeit und Sterblichkeit der Säuglinge in den Jahren 1911 und 1915 gezogen werden. Es ergab sich, daß sowohl in Land- wie in Stadtgebieten während des Jahres 1915 viel ausgiebiger als 1911 gestillt wurde, und daß die Säuglingssterblichkeit im Jahre 1915 nur halb so groß war als 1911. Weiteres interessantes Material über diese Frage enthält ein Aufsatz über Bevölkerungspolitik, Mutterschutz und Säuglingsfürsorge im

Digitized by Google

Jahrbuch der Krankenversicherung 1916 (Verlag der „Ortskrankenkasse"). Es ist daher zu erstreben, daß die Wöchnerin sich nicht auf die zwölf Wochen Bruststillung beschränkt, für welche gegenwärtig das Stillgeld als Beihilfe zu ihrer eigenen besseren Ernährung gewährt wird. Es herrscht auch tatsächlich in Deutschland sehr weit verbreitet die Sitte, das Kind erst nach neun oder zehn Monaten „abzusetzen". Nicht selten sind sogar die Fälle einer ein Jahr weit überschreitenden Stillzeit.

Von den in Dresden wohnenden Frauen, welche das Wöchnerinnen- und Stillgeld durch die Allgemeine Ortskrankenkasse Dresden im Jahre 1915 bezogen, haben 89 v. H. gestillt, davon über 50 v. H. länger als drei Monate. In Straßburg stillten im Jahre 1916 nach dem Bericht der dortigen Ortskrankenkasse die Hälfte der Wöchnerinnen, die Stillgeld erhalten haben, über ein Vierteljahr bis zu 18 Monaten, 12 noch darüber hinaus. Die Ortskrankenkasse Aachen berichtet, daß 101 Wöchnerinnen 10 bis 15 Wochen, 115 darüber hinaus bis 20 Wochen und 900 länger wie 20 Wochen bis zu 60 Wochen stillten. In Hannover stillten 77 v. H. der Wöchnerinnen über 10 Wochen.

Professor Dr. Mayet sagt in einem Vortrag, gehalten in der Deutschen Gesellschaft für Mutter- und Kindesrecht am 12. Februar 1915: „Mohammed befahl den Müttern die Säugung. Die Mutter soll ihr Kind zwei volle Jahre säugen, wenn der Vater will, daß die Säugung vollständig sei. Der Buddhismus preist die Bruststillung mit begeisterten Worten. Die Japanerinnen der Gegenwart stillen die Kinder oft über drei Jahre hinaus, indem die Kinder dann noch Beikost empfangen. Je weiter wir in der Geschichte zurückgehen, desto allgemeiner finden wir die langjährige Stillung. Die Jüdinnen der Makkabäerzeit z. B. stillten ihr Kind drei Jahre. Die dreijährige Stillung ist für China ein altes Moralgebot des Konfucius." Dr. Mayet empfiehlt zur Ausdehnung der Stillsitte eine gesetzliche, zivilrechtlich und strafrechtlich verfolgbare Anbefehlung der Bruststillung für eine bestimmte Zeit, sofern die Gesundheit der Mutter sie erlaubt! Sie sei wirtschaftlich durchführbar mit Hilfe einer im Rahmen der Reichsversicherungsordnung in bezug auf das Stillgeld weiter auszubauenden Krankenversicherung und mit der staatlich erzwungenen Einrichtung von Stillstuben und Stillpausen bei der Beschäftigung. In der Tat hatte bereits das preußische allgemeine Landrecht, Teil II Tit. 2, §§ 67 bis 69 schon eine Verpflichtung zur Bruststillung: Jede gesunde Mutter war verpflichtet, ihr Kind selbst zu säugen; wie lange sie dem Kinde die Brust reichen sollte, hing von der Bestimmung des Vaters ab; doch mußte dieser, wenn die Gesundheit der Mutter oder des Kindes unter seiner Bestimmung leiden würde, sich dem Gutachten der Sachverständigen unterwerfen.

Die Vorschläge über die Dauer der Stillgeldgewährung gehen auseinander. Die sozialdemokratische Reichstagsfraktion forderte in einem Antrag an den Reichstag im Jahre 1915 die Ausgestaltung des Stillgeldes ohne nähere Begrenzung der Bezugszeit. Die Deutsche Gesellschaft für Säuglingsschutz hielt in einer Versammlung am 13. März 1915 die Gewährung des Stillgeldes über 12 bis 26 Wochen und darüber hinaus für zweckmäßig, wenn die Entwöhnung in die sogenannten Hitzemonate fällt. Sie forderte eine entsprechende Ausgestaltung der Reichsversicherungsordnung. Am weitesten gehen wohl Prof. Dr. Mayet und die Deutsche Gesellschaft für Mutter- und Kindesrecht, die eine Ausdehnung der Bezugszeit auf 39 Wochen verlangen. — Die Reichsregierung sollte sich also doch der Frage annehmen und die Anregungen weiter verfolgen.

Friedrich Kleeis in Halle a. S.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Besprechung von Verwaltungs- und Rechtsfragen aus der Krankenversicherung.

Im Anschluß an den 22. Ortskrankenkassentag am 17. und 18. September in Dresden (vgl. Bericht im Heft 28 S. 660) fand zum erstenmal eine Besprechung von Verwaltungs- und Rechtsfragen aus der Krankenversicherung statt. Dazu waren nur die Vorsitzenden und geschäftsleitenden Angestellten der Kassen eingeladen. Die Teilnahme war aber so zahlreich, daß der zur Zusammenkunft in Aussicht genommene Raum, der große Sitzungssaal der Ortskrankenkasse, nicht ausreichte. Es wurde daher die Versammlung nach dem Gewerbehaus, dem Tagungsraum des Ortskrankenkassentages, verlegt. Von den einzelnen Kassen waren zahlreiche Gegenstände zur Erörterung angemeldet worden.

Wie seither die ganze Organisation der Krankenversicherung selbst, so bieten ebenfalls die inneren Verwaltungseinrichtungen der Krankenkassen eine recht bunte Gestaltung. Es ist deshalb auch auf diesem Gebiete schon oft eine Vereinheitlichung versucht worden. Sie bildete daher auch den ersten und wichtigsten Punkt der Besprechung. Es wurde verhandelt über Einheitlichkeit der Betriebsform, Vereinheitlichung der Geschäftsberichte, der Statistik und der Krankenscheine. Manche Wünsche wurden zur Verbesserung der gegenwärtigen Verhältnisse vorgebracht. Es wurde ein Ausschuß aus fünf Kassenpraktikern gewählt, der alle die Anregungen verarbeiten, weiter verfolgen und brauchbare Vorschläge zusammenstellen und bekannt geben soll. Im weiteren wurde über den bargeldlosen Zahlungsverkehr gesprochen. Hierbei wurde insbesondere angeregt, diesen so zu gestalten, daß er nicht umständlicher ist als der Barverkehr. Es komme auch nicht darauf an, allein den Kassenverwaltungen Erleichterungen zu bringen, sondern auch den Arbeitgebern. Im allgemeinen war man sich darüber einig, diese Neuerung in der Verwaltungspraxis noch weiter auszugestalten.

Zur Verbesserung der Krankenkassenstatistik gab Gräf-Frankfurt a. M. verschiedene Anregungen. Er nimmt bereits seit Kriegsausbruch monatliche Erhebungen über die Zahl der bei den großen Ortskrankenkassen vorhandenen Erwerbsunfähigen usw. vor. Das Ergebnis wird regelmäßig in der „Ortskrankenkasse" veröffentlicht. Diese Statistik soll verbessert, insbesondere auch verschiedene Unebenheiten in der Zählmethode beseitigt werden. Im weiteren wurde darüber verhandelt, wie die Arbeitgeber zur strengeren Einhaltung der Meldepflicht veranlaßt werden können. Von verschiedenen Kassenverwaltern wird lebhaft

Digitized by Google

Klage darüber geführt, daß die Unternehmer diesen Pflichten oft recht säumig nachkommen. Man hält die gegenwärtigen einschlägigen gesetzlichen Vorschriften nicht für genügend, namentlich da das Reichsversicherungsamt entschieden hat, daß die Kontrollierung der Arbeitgeber (Betriebsrevisionen) unstatthaft seien. — Sodann wurde die Erhöhung der Kassenbeiträge über 4½ v. H. des Grundlohnes besprochen. Im Hinblick auf das Notgesetz betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 wurde von verschiedenen Seiten eine Überschreitung dieses Beitragssatzes als unangängig gehalten. Man ist hierbei der Meinung, daß jenes Notgesetz wenigstens gegenwärtig überflüssig ist und am besten aufgehoben werde. — Hierauf wurde über die Beitragszentrichtung jener Personen gesprochen, die aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden sind, aber nicht erwerbslos bleiben, und sich freiwillig weiter versichern, wie z. B. Angestellte, die die Gehaltsgrenze von 2500 ℳ überschreiten. Man hält es für ungerecht und der Krankenkasse für nachteilig, daß diese das Recht haben, sich in einer niedrigen und zwar selbst auch in der allerniedrigsten weiter zu versichern. Der Wortlaut des § 313 RVO. schließt jedoch Schutzmaßnahmen aus. Eine Aussprache entstand sodann über die Aufsuchung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke, insbesondere darüber, wie das Geheimnis dieser Tatsache bei solchen Kranken gewahrt wird. die Eisenbahn-Freifahrtschein hierzu erhalten. Bei Kranken aus kleinen Orten spreche sich das schnell herum. Man war darüber einig, daß hier die Einrichtungen noch verbesserungsfähig sind.

Die Aufstellung des Haushaltsplans der Krankenkassen auf das Jahr 1918 bildete einen weiteren Punkt der Besprechung. Alle Maßnahmen in dieser Richtung hängen davon ab, ob nächstes Jahr der Krieg noch währt. Bei der Ungewißheit hierüber soll so verfahren werden wie in den letzten Jahren. Bei dieser Gelegenheit wurde darauf hingewiesen, daß zu Bauzwecken (Errichtung von Geschäftshäusern usw.) Gelder aus der Rücklage nicht genommen werden dürfen. Schließlich erörterte man noch die Besorgung von Geschäften der Invalidenversicherung durch die Krankenkassen und die Entschädigung hierfür. Schon jetzt, wo die Kassen meist nur den Umtausch der Quittungskarten besorgen, reicht die Vergütung, die sie dafür erhalten, für die notwendigen Aufwendungen nicht aus. Sollten den Kassen, wie es jetzt von ihnen angestrebt wird, auch allgemein die Einziehung der Invalidenversicherungsbeiträge übertragen werden, so müßte gleichzeitig auch für eine hinreichende Entschädigung gesorgt werden.

Es wurde allgemein gewünscht, daß die dringenden Änderungen der Reichsversicherungsordnung, wie z. B. die Möglichkeit der Einführung höherer Lohnklassen mit einem über 6 ℳ hinausgehenden Grundlohn usw., recht bald eingeführt werden und daß der Hauptverband der Ortskrankenkassen schleunigst Schritte nach dieser Richtung unternimmt. Es wurde zugesagt, daß man so bald wie möglich bei den zuständigen Stellen vorstellig wird. — Damit hatte die äußerst anregende Aussprache ihr Ende erreicht.

---

15. Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands.

Die 15. Hauptversammlung des Verbandes fand als erste während des Krieges am 22. und 23. September in Leipzig statt. Der 1. Vorsitzende, San.-Rat Dr. Hartmann, begrüßte die Versammlung, die, trotzdem gegen 24 000 Ärzte charitativ oder militärisch im Heeresdienste tätig sind, zahlreich besucht war. Er gedachte zunächst der Toten: 975 Ärzte sind bisher im Dienste des Vaterlandes gefallen, 16 Vertrauensmänner und 58 Obmänner gestorben. Generalsekretär Kuhns erstattete den Geschäftsbericht. Der Verband stehe mit 25 800 Mitgliedern ungebrochen da, er habe sich auf die Kriegsbedürfnisse mit vielen ganz neuen Aufgaben eingestellt. Von den großen Konfliktsorten seien Halle und Gera erledigt, in Düsseldorf stehe eine friedliche Einigung bevor, nur in Elbing stehe der Frieden noch aus, in Krefeld hätten die Kassenvertreter ohne Grund ihre Ämter zum Schiedsamt niedergelegt.

Dr. Hartmann sprach über: „Das Verhältnis zu den Kassenverbänden und Krankenkassen." Er lehnte die Schaffung eines Zentralschiedsamtes ab; die Entscheidungen der Schiedsämter, die die örtlichen Verhältnisse genau beurteilen können, müßten endgültig sein. Trotz der auf dem letzten Ortskrankenkassentag in Dresden zutage getretenen Feindseligkeiten gegen die organisierte Ärzteschaft halte er einen Verständigungsfrieden für möglich und wünschenswert. Unter anderem schlug er vor, daß die Ärzteschaft Einrichtungen für diagnostische Institute bei den Krankenkassen schaffe. Auf seinen Antrag sprach sich die Versammlung einstimmig gegen eine Verstaatlichung des Ärztestandes aus. Nur der Arzt wird seine Tätigkeit erfolgreich ausüben, der seinen Kranken als freier und unabhängiger Berater gegenüber treten kann.

San.-Rat Dr. Dippe-Leipzig sprach über Fürsorgeeinrichtungen der Versicherungsanstalten, durch die die Verbreitung von Volkskrankheiten verhütet und die Gesunden geschützt werden, durch die aber keine ärztliche Behandlung geleistet werden soll. Nach ausgiebiger Aussprache wurde beschlossen: „Von der Notwendigkeit planmäßiger Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten während und nach dem Kriege sind die im Leipziger Verbande organisierten Ärzte ebenso durchdrungen wie die Versicherungsträger. Die 15. Hauptversammlung ist deshalb bereit, diese Bestrebungen mit allen Kräften zu unterstützen, weist aber nachdrücklich auf die ernsten Gefahren hin, die dort entstehen müssen, wo die Beratungsstellen ohne jede Verständigung mit der berufenen Vertretung der Ärzteschaft gegründet werden. Sie fordert die örtlichen ärztlichen Organisationen auf, allenthalben die Tätigkeit der neu errichteten Beratungsstellen für Geschlechtskranke zu fördern und dort, wo sich noch organisatorische Schwierigkeiten ergeben, diese sobald als möglich im Verhandlungswege zu beseitigen."

Auf Grund der Ausführungen von San.-Rat Dr. Streffer wird mit Rücksicht auf das andauernde und beträchtliche Sinken des Geldwertes die Forderung der deutschen Ärzte nach einer angemessenen Aufbesserung der Vergütung auf allen Gebieten ihrer Tätigkeit für berechtigt und dringend erklärt. Eine Abänderung der bundesstaatlichen Gebührenordnungen und Schaffung einer einheitlichen Reichsgebührenordnung wird zur Zeit nicht empfohlen. — Den mit den kaufmännischen Ersatzkassen vereinbarten Abänderungen des Tarifvertrages wird zugestimmt unter der Voraussetzung der Festlegung eines Kriegszuschlags auf die Sätze für Besuche und Beratungen. Weiter wird der Verbandsvorstand beauftragt, mit dem Reichspostamt in Verhandlungen über Abänderung des Vertrages mit der Krankenkasse

Digitized by Google

für Postunterbeamte einzutreten, den örtlichen Ärztevereinen wird jedoch die Kündigung ihrer Verträge zum nächstmöglichen Zeitpunkt anheimgegeben. Mit den Krankenkassen für Beamte und andere Kreise des Mittelstandes sollen zunächst keine weiteren Verträge abgeschlossen werden, ehe nicht der nächste Ärztetag die dafür notwendigen Richtlinien festgelegt hat.

Über den Stand der Beratungsstelle für Geschlechtskranke.

gibt ein Runderlaß des Reichsversicherungsamts vom 6. August 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 534) einen Überblick. Danach bestehen im Bezirke der Landesversicherungsanstalt Ostpreußen zur Zeit Beratungsstellen in Königsberg, Allenstein, Lyck, Insterburg und Tilsit. Die Landesversicherungsanstalt Westpreußen beschränkt für die Dauer des Krieges ihre Fürsorge auf die Überwachung und etwa nötige Weiterbehandlung der ihr von der Militärverwaltung gemeldeten entlassenen Kriegsteilnehmer. Diese werden von den für ihren Wohnort zuständigen Kreisärzten nachuntersucht, gegebenenfalls weiterbehandelt, sonst in Überwachung genommen. Der ursprüngliche Plan der Landesversicherungsanstalt Berlin, neben der Beratung auch die Behandlung der Kranken zu übernehmen, hat sich bisher nicht verwirklichen lassen. Es ist seit dem 1. Mai 1917 eine Beratungsstelle im Dienstgebäude der Landesversicherungsanstalt in Tätigkeit getreten, die sich starken Zuspruchs erfreut. In Verbindung mit der Landesversicherungsanstalt Brandenburg haben die Städte Charlottenburg, Berlin-Schöneberg, Brandenburg a. H., Wittenberge, Prenzlau, Landsberg a. W. und Kottbus Beratungsstellen eingerichtet. Ferner bestehen Beratungsstellen als Einrichtungen der örtlich zuständigen Landesversicherungsanstalten in Stettin, Kösliu und Stralsund, in Posen und Bromberg, in Magdeburg, Halle a. S., Erfurt und Dessau, in Altona und Kiel, in Hannover, Göttingen, Osnabrück, Lüneburg, Wilhelmshaven und Emden, in Münster i. W., Neuhaus i. W. und Dortmund, in Frankfurt a. M., in Düsseldorf, Essen, Elberfeld, Krefeld, Köln, Bonn, Koblenz, Kreuznach, Trier und Saarbrücken, in München, Landsberg a. L., Traunstein, Ingolstadt, Landshut, Straubing, Deggendorf, Passau, Speyer, Amberg, Regensburg, Bayreuth, Nürnberg, Würzburg und Augsburg, in Dresden, Leipzig, Chemnitz, Zwickau und Plauen, in Stuttgart, in Karlsruhe, in Mainz, Gießen, Darmstadt, Offenbach und Worms, in Schwerin, Rostock und Neustrelitz, in Jena, in Oldenburg, in Braunschweig, Thedinghausen, Wolfenbüttel, Calvörde, Gandersheim, Schöningen, Stadtoldendorf, Blankenburg und Hasselfelde, in Hamburg, Bremen, Lübeck, Bremerhaven und Cuxhaven, in Straßburg i. E. und Metz. Die Sonderanstalten haben eigene Beratungsstellen nicht eingerichtet mit Ausnahme der Seekasse, die eine Beratungsstelle in Hamburg ins Leben gerufen hat. Hiernach kann zur Zeit mit einem Bestande von 93 Beratungsstellen gerechnet werden.

An den genannten Beratungsstellen sind außer der einrichtenden Versicherungsanstalt teilweise auch andere Versicherungsanstalten, Sonderanstalten und die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beteiligt. Die Beratungsstellen sind meist in Verwaltungsgebäuden von Landesversicherungsanstalten, Ortskrankenkassen oder Oberversicherungsämtern, in städtischen Krankenhäusern oder anderen städtischen Dienstgebäuden untergebracht. Bei 58 Beratungsstellen, für die Angaben vorliegen, ist der beratende Arzt in 4 Fällen Hochschullehrer (Frankfurt a. M., Bonn, Leipzig, Jena), in 23 Fällen beamteter und in 20 Fällen Facharzt für Geschlechtskrankheiten. Die Sprechstunden sind im allgemeinen in arbeitsfreie Zeiten gelegt und für Männer und für Frauen getrennt eingerichtet. Zumeist findet die Beratung für Männer und Frauen an verschiedenen Wochentagen statt.

Bis Ende 1916 waren bei den Beratungsstellen gemeldet 4839 Personen. Davon entfielen 2023 auf die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, 884 auf die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, 634 auf die Landesversicherungsanstalt Hannover und 538 auf die Landesversicherungsanstalt Brandenburg. Im ganzen waren 3251 (1693 Männer und 1558 Frauen) an Syphilis und 1181 (744 Männer und 437 Frauen) an Tripper erkrankt, 86 Personen litten an einer anderen Geschlechtskrankheit, während bei den übrigen 321 Personen eine Geschlechtskrankheit nicht festgestellt wurde. Die Meldung wurde erstattet von Ärzten in 460, von Krankenhäusern in 1541, von Krankenkassen in 1424, von der Militärverwaltung in 209, von anderen Stellen in 236 und von den Kranken selbst in 969 Fällen.

Von den Gemeldeten wurden bis Ende 1916 in Fürsorge genommen 1474 Männer und 1137 Frauen, davon in den Hansestädten 750 Männer und 636 Frauen. Soweit darüber Angaben vorliegen — für die Beratungsstelle in Hamburg ist dies nicht der Fall —, waren verheiratet 297 Männer und 219 Frauen, d. i. v. H. der in Fürsorge genommenen 41 bei Männern und 44 bei Frauen. Es wohnten in Orten über 5000 Einwohner 1047 (85 v. H.), in kleineren Orten 178 (15 v. H.) Personen. Von den in Fürsorge genommenen Personen waren 233 vorher noch nicht ärztlich behandelt.

Die Zahl der Beratungen betrug 3307. Diese Zahl ist größer als die der in Fürsorge Genommenen, weil manche Personen im Laufe des Geschäftsjahrs mehrfach beraten worden sind. Unaufgefordert oder auf erstmalige Aufforderung erschienen 1468 Männer und 1395 Frauen, erst nach wiederholter Aufforderung 211 Männer und 233 Frauen. Nicht erschienen waren 1642 Personen (1453 in den Hansestädten). Darunter befanden sich 588, bei denen eine Nachuntersuchung durch den behandelnden Arzt stattfand, 368 waren unauffindbar oder verzogen und 686 blieben der Beratungsstelle trotz zweimaliger Aufforderung und unentschuldigt fern.

Die Beratung führte zur Feststellung von Krankheitserscheinungen, die eine Kur erforderten, in 764 Fällen, zur Empfehlung einer vorbeugenden Kur bei Syphilis in 105 Fällen. Hierbei sind 1103 Fälle der Beratungsstelle in Hamburg, bezüglich deren Einzelheiten nicht festgestellt sind, unberücksichtigt geblieben. Von den Beratenen unterzogen sich der Behandlung wegen Syphilis 259 Männer und 253 Frauen, wegen Trippers 164 und 71 Frauen.

Die Kosten dieser Behandlungen trugen, soweit Mitteilungen hierüber vorliegen, Krankenkassen in 269 Fällen, Landesversicherungsanstalten in 286 Fällen, Sonderanstalten in 18 Fällen, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in 13 Fällen, die Kranken selbst oder Angehörige in 47 Fällen, sonstige Stellen oder Personen in 58 Fällen. — Die Landesversicherungsanstalt Westfalen und die Thüringische Landesversicherungsanstalt haben mit den Krankenkassen ihrer Bezirke Vereinbarungen über die Behandlung von Geschlechts-

Digitized by Google

kranken auf gemeinschaftliche Rechnung geschlossen. — Die Kosten der ersten Einrichtung der Beratungsstellen betrugen, soweit hierüber Meldungen vorliegen, 33 961 ℳ, die laufenden Kosten des Betriebs 36 833 ℳ.

Die bisherige Entwicklung der Beratungsstellen darf hiernach als erfreulich bezeichnet werden. Aufgabe der nächsten Zukunft wird es sein, das Verhältnis zu der Ärzteschaft, den Krankenkassen und den Verbänden der Arbeiter und Angestellten noch enger zu gestalten und durch den Einfluß, der von diesen verschiedenen Stellen aus auf die Bevölkerung geübt wird, Einsicht und Vertrauen zu der neuen Einrichtung zu stärken.

Literarisches.

Reichswochenhilfe an Hilfsdienstpflichtige. Erläuterungen zur Bekanntmachung v. 6. 7. 17. Von Versicherungsamtmann Dr. H. Jaeger. München 1917. Kommunalschriften-Verlag. 103 S. Preis 1,90 ℳ.

Unsere Leser kennen den Verfasser aus seinen in der Arbeiter-Versorgung erschienenen Arbeiten als genauen Kenner der Reichsversicherung, der Literatur und Rechtsprechung. Auch über die „Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes" hat er bereits in unserer Zeitschrift (1917 Heft 24) einen lehrreichen Aufsatz veröffentlicht, der eine Vorstellung davon gibt, wie verwickelt gerade dieses neueste, die Reichswochenhilfe betreffende Gesetz ist. Diesem Gegenstande ist nun das vorliegende Heft gewidmet, das, im Anschluß an einen Abdruck der Bekanntmachung vom 6. Juli 1917, den Kreis der danach anspruchberechtigten Personen, die Voraussetzungen des Anspruchs, die einzelnen Leistungen, das Verfahren und das Verhältnis zu den früheren Bekanntmachungen eingehend und in klarer Sprache, unter Einfügung vieler anschaulicher Beispiele, erörtert und im Anhange noch die drei älteren Bekanntmachungen über die Reichswochenhilfe mit kurzen Erläuterungen auf Grund der Auslegung der obersten Verwaltungs- und Spruchbehörden mitteilt. So bietet das Büchlein auf verhältnismäßig engem Raum einen reichen Stoff der Belehrung über das ganze Gebiet der Reichswochenhilfe, besonders aber soweit diese durch den Hilfsdienst veranlaßt ist. Ein Sachregister nach der Buchstabenfolge ist angefügt. Den Krankenkassen und den Behörden ist hier ein besonders dankenswertes Hilfsmittel geboten, sich auf einem schwierigen Verwaltungsgebiete zurechtzufinden.

Eine Landes-Arbeitsnachweis-Ordnung für Elsaß-Lothringen und **Die Aufgaben der Arbeitsämter nach dem Kriege** in Elsaß-Lothringen. Von Dr. Kurt Blaum. Heft 1 und 2 der Schriften der Landeszentrale für Arbeitsnachweis in Elsaß-Lothringen. Straßburg i. E. 1917, Verlag von Ludolf Beust. Heft 1: 59 S. Preis 1 ℳ; Heft 2: 27 S. Preis 50 ₰.

Der Verfasser hat in seiner (hier Heft 27 S. 645 besprochenen) Schrift „Die Übergangsfürsorge vom Kriege zum Frieden" ein reiches Bündel schwieriger Probleme beleuchtet und beachtenswerte Vorschläge gemacht. Eines der wichtigsten dieser Probleme ist die Regelung des Zustroms der zur Entlassung kommenden Kriegsteilnehmer zum Arbeitsmarkt und, im Zusammenhange damit, die Arbeitsvermittlung, die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und die Arbeitslosenfürsorge. Mit dieser Seite der Übergangsfürsorge im Heimatlande des Verfassers beschäftigen sich näher die beiden vorliegenden Schriften. Die erste weist die Mängel der jetzigen Einrichtung für öffentlichen Arbeitsnachweis auf, legt dar, daß und wie dieser Nachweis, in Anlehnung an die bestehende Einrichtung, neu zu ordnen sei, und stellt einen vollständigen Entwurf einer Landes-Arbeitsnachweis-Ordnung auf. Dieser sieht die Einrichtung, Unterhaltung und nähere Ausgestaltung von Arbeitsämtern für bestimmt bezeichnete Bezirke durch die Gemeinden (Gemeindeverbände) vor, regelt das Verfahren der Ämter und bestimmt die Vermittlungsgrundsätze. Die zweite Schrift geht dann näher auf die Aufgaben der Arbeitsämter ein. — Sind bei alledem zunächst die besonderen Verhältnisse im Reichslande berücksichtigt, so ist doch vieles von allgemeinerer Bedeutung und, da der Verfasser sich als erfahrener Praktiker auf dem von ihm behandelten Gebiete ausweist, allgemeiner Beachtung würdig und sicher.

Kriegsgesetze und Verordnungen zur Reichsversicherungsordnung. Berlin 1917, Carl Heymanns Verlag. 62 S. Preis 1 ℳ.

Eine Sammlung von Reichsgesetzen und Bekanntmachungen, betreffend die durch den Krieg bedingten Änderungen und Ergänzungen der RVO. v. 4. August 1914 bis 2. Juni 1917. Als Nachtrag lose beigefügt ist auch noch die Bekanntmachung v. 6. Juli 1917 über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes. Vielen wird es für die tägliche Handhabung dieser Gesetze recht erwünscht sein, die Textabdrücke in einem handlichen Hefte beisammen zu haben. Ein sehr ausführliches Sachregister erleichtert den Gebrauch der Sammlung.

Beziehungen zwischen Beruf, Beschädigung und Fürsorge bei den Schwerkriegsbeschädigten der Rheinprovinz. Im Auftrage des Landeshauptmanns der Rheinprovinz bearbeitet von Ingenieur und Gewerbelehrer W. Franzisket. Zu beziehen durch den Landeshauptmann in Düsseldorf. 52 Seiten, 13 Tabellen, 6 bildliche Darstellungen. Preis 1 ℳ.

Die Schrift behandelt das Schicksal von 5000 Schwerkriegsbeschädigten der Rheinprovinz, wie es sich unter dem Einfluß der erlittenen Beschädigung nach Maßgabe der typischen Berufshantierungen und im Rahmen der sozialen Umwelt gestaltet. Im ersten Abschnitt werden die Kriegsbeschädigten nach der Art der Verletzung und den Fürsorgemaßnahmen behandelt. Aus den statistischen Tabellen geht hervor, daß die äußerlich Verletzten am günstigsten gestellt sind, dagegen die innerlich Kranken den größten Anteil unter den Beschäftigungslosen darstellen. Beurteilt man die Verhältnisse nach Art des Berufs, so ist zu erkennen, daß die Landwirte am günstigsten stehen, am ungünstigsten dagegen die ungelernten Arbeiter. Freilich schwankt dies in den Einzelfällen mehr oder weniger nach der Art der Beschädigung und

Digitized by Google

dem Einfluß auf die typische Berufshantierung. So stehen z. B. beinbeschädigte Landwirte ungünstiger da als der Durchschnitt der Schwerbeschädigten, während beispielsweise die armamputierten Bergleute außerordentlich günstige Verhältnisse aufweisen, weil die Zechen und die mit ihnen zusammenhängenden Betriebe großes Entgegenkommen bei der Unterbringung der Kriegsbeschädigten bewiesen haben — Die Erörterungen über die Lage der einzelnen Berufsarten erstrecken sich auf Landwirte, Handwerker, Industriefacharbeiter, Bergleute, ungelernte Arbeiter, Kopfarbeiter und sonstige Berufe. Bei der Auswahl der Berufsarten war die typische Arbeitshantierung ausschlaggebend, anderseits aber auch die Verhältnisse der Betriebsart und der sozialen Umwelt mitbestimmend. Auch mußte auf die praktischen Zahlenverhältnisse der Beschädigten Rücksicht genommen werden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Teuerungszulagen für Krankenkassenbeamte.

1. Nach Tr. Antwort: Für die Bezüge der mit Beamtenrechten und -pflichten nach § 359 Abs. 4 RVO. angestellten Personen ist ausschließlich das vom Oberversicherungsamt aufgestellte Regulativ maßgebend. Dem Krankenkassenbeamten steht daher lediglich deshalb, weil den seiner Dienststellung entsprechenden Kreisbeamten eine Teuerungszulage bewilligt ist, ein Anspruch auf eine solche Zulage nicht zu, solange nicht das Regulativ entsprechend geändert ist. Der Kassenvorstand kann eine solche Änderung durch einen Antrag beim Oberversicherungsamt anregen, nicht aber aus eigener Machtvollkommenheit eine Zulage bewilligen. Zu vgl. Erlaß des Handelsministers in Heft 10 S. 231. In diesem Erlaß geht der Minister von gleicher Auffassung aus, ersucht aber, überall da, wo den gleichartigen gemeindlichen Beamten Teuerungszulagen bewilligt sind, auch für die Kassenbeamten eine entsprechende Regelung innerhalb des Bedürfnisses vorzunehmen.

Fortdauer der Mitgliedschaft Schwangerer bei Arbeitsunfähigkeit (§ 311 RVO.).

2. Nach Jena. Antwort: Nach § 311 RVO. bleiben Arbeitsunfähige Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Auf den Grund der Leistungen kommt es nicht an; auch Schwangerschaftshilfe genügt, wenn die Schwangere arbeitsunfähig ist. Ob aber diese Voraussetzung gegeben ist, ist eine Tatfrage, die der Arzt zu entscheiden hat. Deshalb können wir über beide uns unterbreitete Fragen eine verläßliche Auskunft nicht geben, sondern uns nur allgemein über gewisse für die Beurteilung maßgebende Grundsätze äußern. Arbeitsunfähig ist, wer ohne Gefahr für seine Gesundheit die bisherige oder sonst geübte Erwerbstätigkeit nicht fortsetzen kann. Das trifft bei normaler Schwangerschaft nicht zu. Denn im allgemeinen soll sogar die Schwangere nach der herrschenden ärztlichen Wissenschaft, ihre gewohnte Lebensweise, also auch ihre Beschäftigung fortsetzen und nur außergewöhnliche Anstrengungen vermeiden. Deshalb ist davon auszugehen, daß — abgesehen etwa von einigen Tagen unmittelbar vor der Entbindung und abgesehen von besonders gearteten Fällen, in denen die gewohnte Beschäftigung der Schwangeren besondere Kraftanspannung, Heben schwerer Lasten usw. bedingt — die Schwangerschaft regelmäßig nicht arbeitsunfähig macht. Wenn aber die Leiden, welche die Schwangerschaft gewöhnlich begleiten — Mattigkeit, allgemeines Unbehagen, seelische Gedrücktheit, Schwindel, Kopfweh, Zahnschmerzen, vor allem Übelkeit, Erbrechen, Venenschwellung an den Beinen — in ungewöhnlich gesteigertem Maße auftreten, so wird die Berufstätigkeit meist nicht ohne die Gefahr ernsterer Störungen oder tiefer greifender Folgen fortgesetzt werden können, so daß Arbeitsunfähigkeit und Krankheit anzunehmen, also auch nach Ablauf der für die Schwangerschaftshilfe festgesetzten Zeit noch Anspruch auf Kassenleistungen (Krankenhilfe) begründet und somit die Voraussetzung der fortdauernden Mitgliedschaft nach § 311 erfüllt sein würde. Unter diesen Gesichtspunkten (die Hahn im „Verwaltungsarchiv" Bd. 13 S. 342 ff. im Anschluß an die Lehre angesehener ärztlicher Forscher näher entwickelt hat) müssen die einzelnen Fälle, je nach den besonderen Umständen, geprüft und nötigenfalls von Sachverständigen begutachtet werden.

Kein Ersatzanspruch der Lazarettverwaltung gegen die Krankenkasse.

3. Nach R. Antwort: Aus den Angaben der Anfrage läßt sich nicht zuverlässig erkennen, ob die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse auf Grund des § 577 RVO. im vorliegenden Fall überhaupt gegeben sind. Will man dies aber unterstellen, so fehlt es doch an einem Rechtsgrund für einen Anspruch der Lazarettverwaltung gegen die Kasse, da § 577 einen solchen Anspruch nur dem Verletzten selbst gibt. Einen gesetzlichen Übergang des Anspruchs auf die Lazarettverwaltung — in der Art etwa wie auf den unterstützenden Armenverband (§ 1531) — sieht das Gesetz nicht vor. Auch aus dem bürgerlichen Recht läßt sich ein Ersatzanspruch nicht begründen. Denn die Lazarettverwaltung, die den während eines kurzen Urlaubs bei einer Erwerbstätigkeit verletzten Soldaten in Pflege nimmt, besorgt dadurch nur ihre eigene Angelegenheit, ihre Aufgabe, die Gesundheit und Dienstfähigkeit des Soldaten wiederherzustellen. Sie kann daher nicht behaupten, daß sie ein Geschäft der Kasse besorgt habe (§ 677 BGB.) oder daß auf ihre Kosten die Kasse etwas ohne rechtlichen Grund erlangt habe (§ 812 BGB.). Wenn sie aber gleichwohl einen Anspruch aus einem dieser Gründe zu haben meint, so müßte

Digitized by Google

sie ihr Glück bei dem ordentlichen Gerichte versuchen. Das Versicherungsamt hat damit nichts zu tun und muß eine so begründete Klage, als im Verfahren nach der RVO. unzulässig, abweisen.

Zur Haftung der Kasse für Schaden, den der Kranke im Krankenhaus anrichtet.

4. Nach H. Antwort: Die Ausführungen von Hahn in ArbVers. 1910 S. 167, 168 (zu vgl. auch ArbVers. 1915 S. 696 Ziff. 12) kommen darauf hinaus, daß der Regel nach die Krankenkasse für die von dem Kranken im Krankenhaus angerichteten Sachschäden haftet, sofern in der Art der Krankheit eine besondere Gefahr solcher Schädigungen liegt und soweit dieselben nicht von der Hausverwaltung oder ihren Angestellten mitverschuldet sind. Dies ist aus der Natur der Sache als mindestens stillschweigend festgestellter Inhalt des Aufnahmevertrages abgeleitet, weil sonst in den Fällen, in denen jene Gefahr im Wesen der Krankheit begründet ist, eine Krankenhauspflege, wie sie die Kasse nach § 184 RVO. gewähren kann und unter Umständen gewähren soll, nicht zu ermöglichen wäre. Anders aber ist die Frage zu beurteilen, ob eine Kasse sich darüber hinaus zum Ersatze jedes Schadens, der durch einen von der Kasse eingewiesenen Versicherten verursacht wird, also auch zum Ersatz eines solchen Schadens verpflichten kann, der mit der Krankheit in keinem Zusammenhange steht. Dies ist zu verneinen. Schädigungen dieser Art fernzuhalten, ist lediglich Sache der ordnungsmäßigen Aufsicht in der Anstalt. Richtet ein Kranker trotz gehöriger Beaufsichtigung einen Schaden an, der außer Zusammenhang mit der Natur seiner Krankheit ist, so ist nur er allein zum Ersatze verpflichtet. Ihm die Ersatzpflicht abzunehmen oder sich auch nur der Krankenhausverwaltung gegenüber dafür zu verbürgen, liegt ganz außerhalb des Inhalts der durch Ausübung des Wahlrechts aus § 184 RVO. begründeten Leistungspflicht der Kasse. Eine so weitgehende Verpflichtung darf daher die Kasse auch nicht durch Vertrag mit der Krankenhausverwaltung übernehmen (§§ 23 Abs. 1, 25 Abs. 3 RVO.). Das gleiche Verbot steht auch einem Kassenverbande beim Abschluß von Verträgen für die ihm angeschlossenen Kassen mit Krankenhäusern entgegen.

Begründung einer Krankenhauseinweisung mit dem Verhalten des Versicherten.

5. Nach B. Antwort: Wir nehmen an, daß die Krankenhauseinweisung gerechtfertigt ist. Der § 25 Abs. 4 d Ihrer Satzung entspricht dem § 184 Abs. 3 Ziff. 4 RVO. und dem früheren § 7 Abs. 1 KVG. Danach ist die Einweisung ohne Zustimmung des Versicherten zulässig, wenn sein Zustand oder Verhalten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert. Die Kassen sollen dadurch vor unbegründeten Ansprüchen, insbesondere seitens Simulanten, geschützt werden, und zwar nicht nur, wenn das Bestehen einer Krankheit überhaupt zweifelhaft ist, sondern auch wenn nur keine genügenden Anhaltspunkte für die Annahme der Arbeitsunfähigkeit vorliegen (zu vgl. Entsch. des bayer. Verw.Ger.Hofs bei Reger 25 S. 416). Freilich muß ein Verdacht oder ein Zweifel in dieser Richtung durch Tatsachen, die entweder den Zustand oder das Verhalten des Versicherten betreffen, begründet sein. Im vorliegenden Falle war aber das Verhalten des Versicherten von der Art, daß es Zweifel oder geradezu Verdacht erregen mußte. Die Kasse hatte keine Möglichkeit, sich von dem Zustande des Kranken, insbesondere vom Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit, die doch Voraussetzung des Krankengeldanspruchs ist, unmittelbar zu überzeugen. Sie durfte daher gemäß § 24 Abs. 1 ihrer Satzung fordern, daß der Versicherte sich der Untersuchung durch den Vertrauensarzt unterziehe. Wenn der Versicherte dies mit der Begründung ablehnte, daß er sich nicht der Gefahr aussetzen wolle, „auf Grund des vertrauensärztlichen Gutachtens eine Ablehnung zu erhalten", so hat er es diesem seinem Verhalten zuzuschreiben, wenn die Kasse nunmehr den Verdacht schöpfte, daß er das Ergebnis der Untersuchung zu fürchten Grund hatte. Danach war das Verlangen der Kasse, daß der Versicherte sich zur Beobachtung in ein Krankenhaus begebe, tatsächlich begründet. Daß dieses Verlangen erst am 19. Mai ausgedrückt wurde, während der Versicherte den Beginn seiner Kur in Neuenahr bereits auf den 21. Mai festgesetzt hatte, ist gleichgültig. Denn die Kasse hat das die Weigerung des Versicherten enthaltende, bei ihr erst am 18. Mai eingegangene Schreiben sofort am 19. Mai, also ohne schuldhaftes Zögern beantwortet.

Schadenersatzanspruch der Krankenkasse (§ 1542 RVO.) wegen Verstoßes gegen die Gewerbeordnung.

6. Nach R. Antwort: Wir unterstellen (was wir nicht ohne weiteres ersehen können), daß es sich um eine Anlage handelt, deren Errichtung nach § 16 GewOrdg. der behördlichen Genehmigung bedurfte, wenn sie für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke Gefahren herbeiführen konnte. Dann war die Anlage ohne Genehmigung strafbar nach § 147 Abs. 2 GewOrdg., und die Gesellschaft hätte durch ihr Verhalten „gegen ein den Schutz anderer bezweckendes Gesetz" verstoßen und wäre diesen anderen schadenersatzpflichtig nach § 823 Abs. 2 BGB. Aber diese anderen sind eben nur die Besitzer oder Bewohner der Nachbargrundstücke. Nur auf ihren Schutz kann die Genehmigungspflicht abzielen, nicht auf den Schutz der in der Anlage oder ihrer Umgebung beschäftigten Personen. Diese sind ja immer in gleicher Weise lediglich durch Art und Ort ihrer Beschäftigung gefährdet. Die Verletzungen, die sie erlitten haben, stehen nur mit dieser Beschäftigung, nicht aber mit dem Verstoß gegen die Vorschrift der Gewerbeordnung in ursächlichem Zusammenhange. Daher können aus diesem Verstoß weder die Verletzten selbst noch folglich die Krankenkasse (gemäß § 1542 RVO.) Schadenersatzansprüche herleiten.

Verjährung eines nach § 1542 RVO. auf den Versicherungsträger übergegangenen Schadenersatzanspruchs.

7. Nach Bühl (Baden). Berichtigung: In der Auskunft im Heft 28 S. 667, 668 (Ziff. 3) ist ein Schreibfehler untergelaufen. Nach ausdrücklicher Vorschrift des angezogenen § 852 BGB. beginnt die Verjährungsfrist mit dem Zeitpunkt, in welchem „der Verletzte" (nicht die Kasse) Kenntnis erlangt hat. Zu vgl. auch §§ 404, 412 BGB.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1891 von G. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1189 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. November 1917 | Heft 31

Nochmals vom Erlöschen der freiwilligen Kassenmitgliedschaft durch Wegfall einer Voraussetzung.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Im „Zentralblatt der Reichsversicherung", Heft 18, hat Hoffmann einen Aufsatz über den „Beitritt zur Krankenversicherung" veröffentlicht und unter Ziff. VIII Sp. 678 ff. auch das Erlöschen der durch den freiwilligen Beitritt begründeten Mitgliedschaft behandelt. Dort ist (Sp. 682) näher ausgeführt, daß durch die Satzung weitere Gründe (als die im Gesetz ausdrücklich erwähnten) für das Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft nicht eingeführt, auch die gesetzlichen Gründe nicht abgeändert werden können. Das ist eine Selbstverständlichkeit, die durch einen einfachen Hinweis auf § 323 RVO. abgetan werden konnte, wonach die Satzung nichts bestimmen darf, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft. Eine andere Frage ist die, die ich in der ArbVers. 1917 Heft 25 S. 577 ff. behandelt habe: ob nicht aus dem Gesetze selbst, aus der Natur der Selbstversicherung, aus Sinn und Zweck der maßgebenden Vorschriften und aus ihrem Zusammenhange mit anderen Vorschriften weitere Gründe des Erlöschens abzuleiten sind und ob nicht die freiwillige Mitgliedschaft insbesondere auch durch Wegfall einer Voraussetzung erlischt. Dieser Frage, die sich dem Nachdenkenden geradezu aufdrängen muß und die doch auch schon vor meiner ausführlichen Untersuchung Gegenstand der Erwägung in der Literatur war (Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 3 zu § 314 RVO.; dazu die kurze Bemerkung von Sitzler in Monatsschr. 1916 Sp. 56; Kleeis, Volksl. Zeitschr. 1916 S. 276 ff.), ist Hoffmann in seinem Aufsatze sorgfältig aus dem Wege gegangen; erst das Erscheinen meines Aufsatzes hat ihn zu folgender „Nachschrift" veranlaßt:

„Während der Drucklegung dieser Abhandlung ist von Hahn in der ArbVers. 1917 S. 577 eine Untersuchung über die Frage erschienen, ob die freiwillige Kassenmitgliedschaft durch Wegfall einer Voraussetzung des Beitritts erlösche. Dabei teilt er die Voraussetzungen in solche ein, welche nur zur Zeit der Ausübung des Beitrittsrechts erfüllt sein müssen (Einkommen von weniger als 2500 ℳ, die durch die Satzung festgelegte Altersgrenze und ausreichende Gesundheit) und in solche, welche nicht nur im Augenblicke des Beitritts, sondern dauernd vorhanden sein müssen (Zugehörigkeit zu den beitrittsberechtigten Personen und Zuständigkeit der Kasse), so daß nach seiner Meinung die freiwillige Kassenmitgliedschaft erlischt, wenn in den beiden zuletzt bezeichneten Voraussetzungen eine Änderung eintritt. Für diese Einteilung beruft sich Hahn nicht auf eine gesetzliche Vorschrift, sondern auf die Natur des Rechtsverhältnisses, auf den Sinn und Zweck der Vorschriften für den freiwilligen Beitritt und auf ihren Zusammenhang und Vergleich mit anderen Vorschriften. Diese Einteilung, die also nur auf subjektiver Anschauung beruht, leidet aber von vornherein an dem Mangel, daß sie in dem Augenblick in sich zusammenfällt, in dem über den Zweck und Sinn der Vorschriften usw. eine andere Auffassung maßgebend ist. Dafür gibt Hahn selbst den besten Beweis. Während er in seinem Handbuch der Krankenversicherung (Anm. 4 zu § 176) die Annahme von mehr als zwei Versicherungspflichtigen nach Erwerb der freiwilligen Mitgliedschaft für unerheblich bezeichnet, rechnet er jetzt das Auswachsen des Gewerbebetriebs zu den Voraussetzungen, die die Mitgliedschaft erlöschen lassen. In der Tat macht denn auch die Ein-

Digitized by Google

teilung den Eindruck, als sei sie nur so gewählt, um daraufhin eine Theorie aufzubauen. Sie erscheint um so bedenklicher, als in den Kreisen, in deren Händen die Durchführung des Gesetzes liegt, kaum ausreichendes Verständnis für diesen Unterschied anzutreffen sein dürfte. Es ist auch nirgendwo etwas zu finden, was die Annahme rechtfertigen könnte, daß eine so verschiedene Bewertung der Voraussetzungen des Beitritts der Absicht des Gesetzgebers entspreche und daß nicht vielmehr eine gleichmäßige Wirkung der Voraussetzungen auf das Bestehen der Mitgliedschaft Platz greifen soll. Ein durchschlagender Grund dafür, daß bei einem Teil der Voraussetzungen ihr Fortfall auch den Fortfall der Beitrittsberechtigung und der Mitgliedschaft im Gefolge haben, während bei einem anderen Teil von ihnen trotz Fortfalls der Beitrittsberechtigung die Mitgliedschaft bestehen bleiben soll, ist nicht zu finden. So ist z. B. nicht einzusehen, warum ein Gewerbetreibender, der, nachdem er Mitglied geworden, eine dritte versicherungspflichtige Person in Beschäftigung nimmt, die Kassenmitgliedschaft verlieren soll, obwohl sein Einkommen nicht über 2500 *M* steigt, während der von einer Körperschaft Beschäftigte aber nach den §§ 169 bis 171 RVO. Befreite mit einem Einkommen von 3900 *M* noch Mitglied bleiben darf. Ebensowenig ist es verständlich, warum das außerhalb des Kassenbezirks, z. B. in einen Vorort verziehende Mitglied aus der Kasse ausscheiden muß, während ein chronisch Kranker, der eine empfindliche Belastung der Kasse darstellt, der Kasse immer weiter angehören darf. Die Anschauung Hahns würde in logischer Fortentwicklung zu der Annahme führen, daß eine Person die während ihrer Zugehörigkeit zu der Art der im § 165 Nr. 1 bezeichneten Personen die freiwillige Versicherung begonnen hat, die Mitgliedschaft verlieren würde, wenn sie sich selbständig macht und alsdann nur eine versicherungspflichtige Person beschäftigt.

Wenn nicht ganz willkürliche Ergebnisse eintreten sollen, kann nur an dem Grundsatz festgehalten werden, daß das Beitrittsrecht im Gesetz erschöpfend geregelt ist, und daß es aus anderen als den im Gesetz vorgesehenen Gründen nicht erlischt.

Daß bei einer etwaigen Änderung der Gesetzgebung die Auffassung Hahns als zweckmäßig angesehen werden sollte, erscheint schon aus dem Grunde zweifelhaft, weil es für die Unterscheidung an einer inneren Begründung fehlt. Die Frage muß aber klargestellt werden, wobei zum Ausdruck zu bringen ist, daß außer den gesetzlichen Erlöschungsgründen durch die Satzung andere Gründe nicht eingeführt werden dürfen, und daß auch der Fortfall der Voraussetzungen für den Beitritt das Erlöschen der Mitgliedschaft weder kraft Gesetzes, noch auf Grund einer Satzungsbestimmung zur Folge haben kann."

Diese flinke „Nachschrift" fordert eine Entgegnung, weniger wegen ihres Inhalts als wegen ihres Mangels an Inhalt und wegen ihrer Form. Zu prüfen, ob meine Einteilung der Voraussetzungen des freiwilligen Beitritts wirklich „den Eindruck macht, als sei sie nur so gewählt, um daraufhin eine Theorie aufzubauen", überlasse ich dem Leser. Diese willkürliche und haltlose Unterstellung eines unsachlichen Beweggrundes ist um so rätselhafter, als nicht einzusehen ist, welches Vergnügen ich an einer „Theorie" haben konnte, die mich dazu nötigte, einen früheren Irrtum zu berichtigen (Handb. Anm. 4 zu § 176 RVO.; vgl. ArbVers. 1917 S. 580 Sp. 2, 581 Sp. 1). Wie aus der Möglichkeit eines solchen Irrtums ein Beweisgrund gegen die Richtigkeit meiner Unterscheidung folgen soll, ist wiederum das Geheimnis meines Herrn Gegners. Daß die Unterscheidung „nur auf subjektiver Anschauung" beruhe, ist unrichtig. Für jeden der beiden Fälle, in denen ich Wegfall der Mitgliedschaft bei Wegfall der Voraussetzung annehme, habe ich nicht nur auf die Natur des Rechtsverhältnisses usw., sondern auch auf bestimmt bezeichnete Gesetzesvorschriften hingewiesen und dargelegt, daß mit ihnen eine andere Auffassung nicht verträglich erscheint (S. 579 ff.). Von dem, was ich aus § 313, dann aus § 340 und weiter aus § 193 Abs. 3 hergeleitet habe, schweigt die „Nachschrift". Nur indem Hoffmann diese Hinweise auf das Gesetz selbst unterdrückte und von meinem Gedankengange nicht einmal andeutend eine Vorstellung gab, schaffte er sich die Möglichkeit, seine Leser glauben zu machen, es sei „nirgendwo etwas zu finden", was meine Unterscheidung zwischen den einzelnen Voraussetzungen rechtfertigen könnte.

Sachlich beschränkt sich das Vorbringen Hoffmanns auf drei Beispiele, die meine Auffassung unannehmbar erscheinen lassen sollen:

1. Es sei nicht einzusehen, warum ein Gewerbetreibender, der einen dritten Versicherungspflichtigen in Beschäftigung nimmt, die freiwillige Mitgliedschaft verlieren soll, obwohl sein Einkommen nicht über 2500 *M* steigt, während ein nach §§ 169 ff. Befreiter mit 3900 *M* noch Mitglied bleiben darf. — Aber solch scheinbarer Widersinn ist doch nichts, was nur gerade meiner Auffassung eignet, sondern er ist in der Eigenart der

Digitized by Google

Vorschriften über die Verdienst- und Einkommensgrenze, wie in der Natur aller Grenzbestimmungen begründet (zu vgl. die Bemerkungen mit Bezug auf § 214 RVO. in ArbVers. 1915 S. 147, 148) und kommt auch bei der Anwendung ganz zweifelsfreier gesetzlicher Vorschriften vor; man braucht nur daran zu denken, daß z. B. ein Munitionsarbeiter mit einem Jahresarbeitsverdienst von 4000 ℳ versicherungspflichtig ist, während der Werkmeister in einem Kleinbetriebe bei einem Verdienste von nur 2600 ℳ weder versicherungspflichtig noch beitrittsberechtigt ist!

2. Es soll nicht verständlich sein, warum das aus dem Kassenbezirk heraus in einen Vorort verziehende Mitglied aus der Kasse ausscheiden muß, während ein chronisch Kranker, der eine empfindliche Belastung der Kasse darstellt, ihr immer weiter angehören darf. — Auch das hat mit unserer Frage nicht das geringste zu tun, weil derlei Verschiedenheiten nur die unvermeidliche Folge der örtlichen Abgrenzung der Kassen überhaupt sind und auch in anderen Fällen vorkommen. Es handelt sich eben auch hier um Grenzbeziehungen, aus denen sich mit Notwendigkeit scheinbare Ungereimtheiten ergeben, wie in dem unter 1. erwähnten Falle. Ein kerngesundes Pflichtmitglied, das seine Beschäftigung aus dem Stadtbezirk in einen Vorort verlegt, muß aus der städtischen Kasse in eine andere übertreten, die vielleicht bei höheren Beiträgen geringere Leistungen gewährt, während der chronisch Kranke, der die Kasse empfindlich belastet, ihr dauernd weiter angehören darf, solange er seine Beschäftigung behält oder sich nach § 313 weiterversichert. Niemand wird daraus folgern wollen, es müsse auch jenem gesunden Mitgliede, das den Beschäftigungsort wechselt, gestattet sein, in der bisherigen Kasse zu bleiben.

3. Meine Anschauung soll angeblich „in logischer Fortentwicklung" dazu führen, daß ein Beschäftigter der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art, der der Kasse freiwillig beigetreten ist, die Mitgliedschaft verlieren würde, wenn er ein selbständiges Gewerbe ergreift und in diesem nur einen Versicherungspflichtigen beschäftigt. — Das ist grundfalsch und nichts weniger als eine logische Fortentwicklung meiner Auffassung, sondern eine direkte Abirrung von ihr. Denn wenn das Mitglied nur von der einem zum Beitritt berechtigenden Beschäftigung (§ 176 Abs. 1 Ziff. 1) zu einer anderen gleichfalls zum Beitritt berechtigenden Betätigung (Ziff. 3) übergeht, so kann selbstverständlich von einem „Wegfall" der Beitrittsvoraussetzung und folglich vom Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft nicht die Rede sein, da doch nur eine Voraussetzung durch eine andere, nach dem Gesetze vollständig gleichwertige abgelöst wird — genau so, wie von einem Erlöschen oder einer Unterbrechung der Pflichtmitgliedschaft nicht die Rede sein kann, wenn der bisherige Geselle (§ 165 Abs. 1 Ziff. 1) als Werkmeister mit einem Gehalt von nicht über 2500 ℳ in einen anderen Betrieb übertritt (Ziff. 2 und Abs. 2).

Die hiernach auf ihre Bedeutungslosigkeit für unsere Frage zurückgeführten Beispiele stellen die angeblichen, „ganz willkürlichen Ergebnisse" meiner Auffassung dar, die vermeintlich dazu nötigen sollen, an dem „Grundsatz" festzuhalten, „daß das Beitrittsrecht (gemeint ist: das Erlöschen der durch den Beitritt begründeten Mitgliedschaft) im Gesetz erschöpfend geregelt ist und daß es (gemeint ist: die freiwillige Mitgliedschaft) aus anderen als den im Gesetz vorgesehenen Gründen nicht erlischt". Dem Verfasser dieses Satzes ist, neben dem stilistischen Mißgeschick, noch das andere begegnet, nicht zu bemerken, wie er hierdurch mit dem in Widerspruch tritt, was er wenige Spalten vorher (Sp. 680) verkündet hatte. Dort hat er nämlich den Austritt des freiwillig Beigetretenen mit sofortiger Wirkung für zulässig erklärt, obwohl das Gesetz einen solchen Grund des Erlöschens der Mitgliedschaft nicht erwähnt. Man sollte meinen, daß das mit dem angeblichen Grundsatz von der er-

Digitized by Google

schöpfenden Regelung durch das Gesetz nicht zu vereinbaren sei! Hoffmann schreibt aber: „Daraus, daß das versicherungsberechtigte Mitglied seiner Mitgliedschaft durch Nichtzahlen der Beiträge an zwei Zahltagen beendigen kann, ergibt sich von selbst, daß es mit sofortiger Wirkung auch seinen Austritt erklären kann". Die Zulässigkeit sofortigen Austritts soll sich also unmittelbar aus der Vorschrift des § 314 Abs. 1 RVO. ergeben — und das ist wieder grundfalsch. Denn nach § 314 Abs. 1 erlischt die freiwillige Mitgliedschaft erst, wenn zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichtet und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind. Danach kann freilich der Versicherte das Erlöschen seiner Mitgliedschaft willkürlich herbeiführen, aber keineswegs in jedem beliebigen Zeitpunkte mit sofortiger Wirkung, sondern nur befristet und bedingt. Die Zulässigkeit sofortigen Austritts läßt sich also nicht unmittelbar aus einer gesetzlichen Vorschrift herleiten, sondern muß anders begründet werden. Den Weg dazu weist eine Entscheidung des preuß. OVG. vom 16. Februar 1901 (Entsch. 39 S. 320, ArbVers. 1901 S. 343). Dort ist ausgeführt, daß selbst bei einer mit Zustimmung des freiwilligen Mitgliedes erfolgten Abmeldung die Mitgliedschaft nicht ohne weiteres sofort als aufgehoben anzusehen sein würde. „Denn da die Beitragszahlungen immer auf vier Wochen im voraus erfolgen mußten und erfolgt sind, so hatte die Beitragszahlung am 22. Mai 1899 die Wirkung, die Mitgliedschaft bis zum 19. Juni zu erhalten, und ein Verzicht auf die bis dahin begründeten Rechte aus der freiwilligen Mitgliedschaft ist in der bloßen Abmeldung noch nicht enthalten . . . Anders würde es freilich sein, wenn mit der Abmeldung der Antrag, den auf die Zeit von ihr ab bis zum 19. Juni 1899 entfallenden Teil des letzten Beitrags zurückzuzahlen, verbunden gewesen und darauf auch die Zurückzahlung erfolgt wäre . . ." Hier ist also die Zulässigkeit des Austritts mit sofortiger Wirkung und sogar mit dem Anspruch auf Rückzahlung der bereits im voraus entrichteten Beiträge an sich anerkannt, vorausgesetzt, daß die Absicht, auf die Rechte aus der Mitgliedschaft für die weitere (noch durch Beiträge gedeckte) Zeit zu verzichten, hinreichend zum Ausdruck gekommen ist. Das entspricht völlig dem, was ich (S. 578) ausgeführt habe. Die Zulässigkeit eines solchen Verzichtes ergibt sich, beim Mangel einer entgegenstehenden Vorschrift, aus der Natur des Rechtsverhältnisses, aus dem Wesen der „freiwilligen" Mitgliedschaft, im Gegensatze zur Pflichtmitgliedschaft, bei der ein Verzicht naturgemäß ausgeschlossen ist.

Hat hiernach der von Hoffmann verkündete sogenannte Grundsatz von der erschöpfenden Regelung des Erlöschens der freiwilligen Mitgliedschaft ein offenkundiges Loch, so darf man gewiß nicht von vornherein die Möglichkeit des Nachweises noch anderer schadhafter Stellen ausschließen; und wenn ich im Hinblick „auf die Natur des Rechtsverhältnisses, auf den Sinn und Zweck der Vorschriften für den freiwilligen Beitritt und auf ihren Zusammenhang und Vergleich mit anderen Vorschriften" zwei weitere Erlöschungsgründe — den Wegfall der die Versicherungsberechtigung begründenden Tätigkeit und den Wegfall der Kassenzuständigkeit — nachgewiesen habe, so beruht das nicht (wie Hoffmann es seltsam genug ausdrückt) „also nur auf subjektiver Anschauung", sondern auf anerkannten Grundsätzen der Gesetzesauslegung. Denn auf die Reichsversicherungsordnung trifft selbstverständlich gleichfalls zu, was die Motive zum BGB. (I S. 16) bemerken: „Kein Gesetz kann in dem Sinne vollständig sein, daß es für jedes denkbare, in den Rahmen des von ihm behandelten Rechtsstoffes fallende Verhältnis eine unmittelbar anwendbare Vorschrift an die Hand gibt . . . Das Bürgerliche Gesetzbuch muß im Bedürfnisfalle aus sich selbst, aus dem in ihm enthaltenen Rechtssystem ergänzt werden. Es enthält nicht eine tote Masse nebeneinander gestellter Rechtssätze, sondern ein organisches Gefüge

Digitized by Google

innerlich zusammenhängender Normen. Die ihnen zugrunde liegenden Prinzipien tragen den Keim weiteren Ausbaues in sich" usw.

Die Reichsversicherungsordnung ist nicht nur aus einer rein äußerlichen Zusammenschweißung verschiedener im Laufe der Jahrzehnte erlassener Gesetze entstanden, sondern man ist auch darauf bedacht gewesen, in der Stoffanordnung der die verschiedenen Versicherungszweige behandelnden Teile des Gesetzes und im Ausdruck der einzelnen Rechtsnormen die organische Einheit des Gesetzes hervortreten zu lassen, so daß man vielfach einerseits in der Gleichheit des Ausdrucks die Einheit beherrschender Rechtsgedanken erkennt, anderseits aber aus Abweichungen des Ausdrucks oder aus dem Mangel einer Vorschrift an der einen im Vergleich mit einer anderen Stelle des Gesetzes auf die Absicht unterschiedlicher Ausgestaltung im einzelnen schließen kann. Unter diesem Gesichtspunkte darf doch wohl die von mir auf unsere Streitfrage angewandte Methode des Vergleichs verschiedener Vorschriften einen objektiven Wert beanspruchen, und es kann weiter noch auf einen Vergleich der für die Krankenversicherung geltenden §§ 176, 313 mit den entsprechenden §§ 1243, 1244 für die Invalidenversicherung hingewiesen werden. Der § 313 sieht, wie § 1244, das Recht zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung für diejenigen vor, die aus einem versicherungspflichtigen Verhältnis ausscheiden. Dagegen ist weder im § 176 noch sonst in einer die Krankenversicherung betreffenden Vorschrift vorgesehen, was § 1243 Abs. 2 für die Invalidenversicherung bestimmt: daß die Berechtigten die Selbstversicherung beim Ausscheiden aus dem Verhältnis, das die Berechtigung begründet hat, fortsetzen können. Auch dies läßt als Absicht des Gesetzes erkennen, daß die durch freiwilligen Beitritt begründete Krankenversicherung beim Ausscheiden aus dem Verhältnis, auf welchem die Versicherungsberechtigung beruht, nicht fortgesetzt werden kann, sondern erlöschen muß.

Was schließlich die von Hoffmann am Schluß angeregte Frage der Zweckmäßigkeit betrifft, so ist natürlich nichts dagegen einzuwenden, daß bei einer Gesetzesänderung eine ausdrückliche Klarstellung erfolgen soll. Nur wird es dann keinesfalls angehen, einfach zu bestimmen, daß der Wegfall der Voraussetzungen für den Beitritt in keinem Falle das Erlöschen der Mitgliedschaft zur Folge hat. Denn das würde nichts anderes bedeuten, als daß der einmal Beigetretene, wenn er aus dem die Selbstversicherung begründenden Verhältnis ausscheidet, ohne die Beschränkungen, die nach §§ 313, 340, 193 für die Weiterversicherung gelten, dauernd Mitglied der Kasse bleiben kann — was eine ganz ungerechtfertigte und deshalb irgendwie auszugleichende Verschiedenheit der Rechtslage ergeben würde.

Eine notwendige Änderung in den Voraussetzungen für die Reichswochenhilfe.

Von Versicherungsamtmann Dr. Jaeger in München.

Nach §§ 2, 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257) steht die Reichswochenhilfe den minderbemittelten Kriegerfrauen und Müttern unehelicher Kriegerkinder zu. Als minderbemittelt gilt die Wöchnerin bzw. das uneheliche Kind, wenn die Reichsfamilienunterstützung gewährt wird. Wo dies, wie z. B. bei den zahlreichen Gehaltsempfängern, bei den Chargen des aktiven Militärs usw. nicht der Fall ist, wird zur Prüfung der Frage der Minderbemitteltheit auf die Einkommensverhältnisse des Ehepaares zurückgegriffen. Die Wöchnerin gilt dann als minderbemittelt, wenn ihres Ehemannes und ihr Gesamteinkommen in dem

Digitized by Google

Jahre oder Steuerjahre vor dem Diensteintritt des Ehepaares den Betrag von 2500 ℳ nicht überstiegen hat oder das ihr nach dem Diensteintritt ihres Ehemannes verbliebene Gesamteinkommen höchstens 1500 ℳ und für jedes außer dem Neugeborenen schon vorhandene Kind unter 15 Jahren höchstens weitere 250 ℳ beträgt. Dabei ist aber noch erforderlich, daß nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird; eine solche Tatsache vermag, wie die Entschließung des K. Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 9. September 1916 (Staatsanzeiger Nr. 212) ausführt z. B. eine Erhöhung des Gehalts nach Diensteintritt zu bilden, wie sie sich gerade bei Militärpersonen der Unterklassen oder auch unter den sonstigen Gehaltsempfängern bei Berücksichtigung von Gehaltsvorrückungen sehr leicht finden wird. Ähnliche Bezugnahmen auf die Einkommensverhältnisse finden sich noch in Ziffer III der Bekanntmachung vom 1. März 1917 (RGBl. S. 201) und in § 7 derjenigen vom 6. Juli 1917 (RGBl. S. 591).

Das Festhalten an dieser Einkommensgrenze führt heute zu Ungerechtigkeiten, die sich mit dem Sinn und Zwecke der Wochenhilfe nicht mehr vertragen. In den 2½ Jahren seit Erlaß der Bekanntmachung vom 23. April 1915 hat eine völlige Umwertung des damaligen Geldbegriffs stattgefunden; sie tritt noch schärfer in die Erscheinung, wenn man berücksichtigt, daß für die Prüfung des Begriffs Minderbemitteltheit Einkommensverhältnisse nicht nur unmittelbar vor Kriegsbeginn, sondern z. B. in Bayern, wo das Steuerjahr am 1. Oktober beginnt und für die Steuerveranlagung jeweils das zurückliegende Jahr zugrunde zu legen ist, für noch weiter zurückgreifende Zeiten (für bei Kriegsbeginn einberufene Krieger vom 1. Oktober 1912 bis 1. Oktober 1913) heranzuziehen sind. Was aber damals die Kaufkraft von 2500 ℳ darstellte, bietet heute kaum mehr die Kaufkraft von 1200—1500 ℳ; noch viel schlimmer stellt sich die Frage bei Annahme eines Einkommens von 1500 ℳ; die geminderte Kaufkraft des Geldes läßt diese Summe so herzlich geringfügig erscheinen, daß eine Wöchnerin, die selbst über ein diesen Betrag noch etwas übersteigendes Einkommen verfügt, mit Fug und Recht als „minderbemittelt" gelten muß. Auch der Kinderzuschuß ändert hieran nichts; vielmehr kann man ruhig unter den gegenwärtigen Verhältnissen eine Frau mit Kindern als der Wochenhilfe noch viel mehr bedürftig bezeichnen, denn eine erstmalige Wöchnerin. Nun ist allerdings dem Ermessen der die Wochenhilfe zubilligenden Stellen ein ziemlich freier Spielraum in der Beurteilung der Frage gelassen, ob Tatsachen, welche die Benötigung einer Beihilfe ausschließen, vorliegen; in der Höhe der Einkommen finden sich aber gesetzlich vorgeschriebene Grenzen, die bei der im allgemeinen gern am Schema haftenden Art, mit der gerade in ländlichen Distrikten oder bei der Massenabfertigung in Städten entschieden wird, eine Berücksichtigung nach der Sonderart der Fälle mit Sicherheit zumeist ausschließen; wo aber doch einmal mit Rücksicht auf die besondere Sachlage eine Gewährung der Wochenhilfe trotz Überschreitens der Einkommensgrenze stattfinden sollte, kann es sich immer nur um unerhebliche, keineswegs aber um solche Überschreitungen handeln, welche die gesunkene Kaufkraft des Geldes ausgleichen würden. Läßt man dann gar noch Veränderungen in den Einkommensverhältnissen, wie sie durch höhere Gehaltszahlung während des Krieges — sei es wegen der höheren Charge des Ehemannes, sei es wegen des Eintritts einer gerade bei bürgerlichen Gehaltsempfängern bei der Länge des Krieges immer häufiger werdenden Gehaltsvorrückung — sich ergeben, als Tatsachen sprechen, welche die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird, so können die Ablehnungen erhobener Wochenhilfeansprüche zu direkten Ungerechtigkeiten werden.

Denn in der Praxis des Familienunterstützungsgesetzes wurde stets die gesunkene Kaufkraft des Geldes anerkannt und eine

Digitized by Google

fortschreitende Erhöhung der Unterstützungssätze veranlaßt, so daß heute gegen 1914 bereits ein um mehr als das Doppelte erhöhter Betrag gewährt wird. Dabei sind bereits wieder neuerliche Bestrebungen nach einer weiteren Erhöhung im Gange. Auch den Gehaltsempfängern wurde in der Form von Teuerungszulagen ein Ausgleich für die Minderung des Geldwertes zu bieten versucht. Dabei wurden jedoch zumeist die Kriegsteilnehmer von dem Empfang dieser Zulagen ausgeschlossen. So kommt es, daß diejenigen Wöchnerinnen, deren Minderbemitteltheit ausschließlich von der Berücksichtigung ihrer Einkommensverhältnisse aus zu beurteilen ist, also in erster Linie die große Zahl der Ehefrauen von Privatangestellten und mittleren Beamten, noch immer nach Verhältnissen beurteilt werden, die der gegenwärtigen Teuerung aller und gerade der für Mutter und Kind wichtigsten Nahrungsmittel und Bekleidungsgegenstände nicht mehr entsprechen. Eine Änderung der einschlägigen Bestimmungen ist ein Gebot der Stunde, soll nicht in diesen Kreisen weitgehende Unzufriedenheit Platz greifen, zumal angesichts der Endgültigkeit der ergehenden Beschlüsse nur in den seltensten Fällen von der trotzdem noch offenstehenden Verwaltungsbeschwerde Gebrauch gemacht und so die Möglichkeit einer Nachprüfung des Falles und einer Aufhebung offensichtlicher Ungerechtigkeiten eröffnet wird.

Wie soll diese Abhilfe erfolgen? Sie kann es nur durch eine Erhöhung der einzelnen Einkommensgrenzen. Hierbei kann immer noch dem der ganzen Wochenhilfe zugrunde liegenden Gedanken einer Angleichung an die Verhältnisse der Krankenversicherung nachgekommen werden. Es müßte nur die für das Gesamteinkommen des Ehepaares maßgebende Höchstgrenze auf die für die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse in § 178 RVO. vorgesehene Höchsteinkommensgrenze von 4000 ℳ erhöht und gleichzeitig die Einkommensgrenze für das der Wöchnerin allein verbliebene Einkommen mit 2500 ℳ bestimmt werden; dabei könnte dann auch eine entsprechende Erhöhung der Kinderzulage etwa auf 350 ℳ bis 400 ℳ stattfinden.

Man wende nicht ein, daß eine solche Erhöhung den Absichten des Gesetzgebers widerspreche, der zweifellos in der Gewährung der Wochenhilfe an nicht familienunterstützungsberechtigte Personen Ausnahmefälle sehen wollte. Diese Erhöhung, namentlich diejenige des Einkommenssatzes für das der Wöchnerin allein verbliebene Einkommen, ist eigentlich schon seit der mit Bekanntmachung vom 21. Januar 1916 (RGBl. S. 35) erfolgten Revision des Familienunterstützungsgesetzes notwendig geworden. Denn mit der damals auch auf den Betrag von 1000—1500 ℳ festgesetzten Einkommensgrenze für die Familienunterstützung war in den zur Tarifklasse A gehörenden Städten, deren Bevölkerung von der Teuerung ja am empfindlichsten getroffen wird, jeder Unterschied zwischen den beiden Arten der nach § 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 minderbemittelten Wöchnerinnen aufgehoben. Sollten sich die Einkommensverhältnisse der Ehefrau eines Gehaltsempfängers nach dem Eintritt ihres Ehemannes in die Kriegsdienste von denen eine Familienunterstützung beziehenden Wöchnerinnen weiterhin unterscheiden, so wäre schon damals eine Erhöhung notwendig gewesen. Inzwischen hat einerseits die vorher nicht geahnte Formen annehmende Teuerung die bisherigen Summen um ein Erhebliches entwertet, anderseits der wachsende Menschenverlust den Wert unserer Nachkommenschaft um ein Erhebliches erhöht. Der Gedanke, der seiner Zeit die Reichswochenhilfe schuf, fordert daher gebieterisch die Änderung der bisherigen Bestimmungen des § 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 und der ihm verwandten Vorschriften.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Keine Portofreiheit für Ortssendungen in Sachen der Kriegswochenhilfe.

Bescheid des Reichspostamts vom 7. August 1917.

Die Verfügung vom 18. Dezember 1915 im Amtsblatt des Reichspostamts über die Portofreiheit der Postsendungen, die in Ausführung der Bekanntmachung betr. Wochenhilfe während des Krieges notwendig werden, beruht auf dem Portofreiheitsgesetz vom 5. 6. 1869 (Bundesgesetzbl. S. 141). Da nach § 3 dieses Gesetzes die Portofreiheit für Ortssendungen, d. h. Sendungen an Empfänger im Orts- und Landbestellbezirke des Aufgabepostortes allgemein ausgeschlossen ist, war eine Hervorhebung dieser den Postanstalten bekannten Einschränkung nicht erforderlich. Die Schreiben der Krankenkassen an Empfänger innerhalb des Orts- und Landbestellbezirks sind daher durchweg portopflichtig.

Zu vgl. die Bekanntmachung vom 18. Dezember 1915 in ArbVers. 1916 S. 200; ferner daselbst S. 659 und S. 790 Ziff. 4.

Stundung der Beiträge; Einfluß auf das Erlöschen der Kassenmitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 17. April 1917 (2371 Amtl. Nachr. 1917 S. 543).

Die Annahme der Beklagten, die Entscheidung des Oberversicherungsamts sei endgültig und die Revision ausgeschlossen, weil es sich hier in erster Linie um einen Streit über das Versicherungsverhältnis nach § 405 Abs. 2 RVO. handle, ist rechtsirrig. Gegenstand des Streites ist ein Leistungsanspruch, über den gemäß §§ 1636 ff. a. a. O. im Spruchverfahren zu entscheiden ist. Hängt der Leistungsanspruch davon ab, ob ein Versicherungsverhältnis noch besteht, so ist über diese Vorfrage im Spruchverfahren zugleich mit zu entscheiden (zu vgl. Entsch. 1980, Amtl. Nachr. 1915 S. 385). Die Revision ist deshalb zulässig. In der Sache selbst konnte das Oberversicherungsamt auf Grund der angestellten Erhebungen zunächst einwandfrei feststellen, daß sich für die Behauptung des Klägers, bei der Beklagten sei eine unpünktliche Beitragszahlung der versicherungsberechtigten Mitglieder üblich, kein hinreichender Anhalt biete. Den Ausführungen der Vorinstanz in dieser Beziehung war allenthalben beizutreten. Damit entfallen auch die Folgerungen, die aus einem solchen Brauche zugunsten des Klägers etwa gezogen werden könnten. Dagegen vermochte sich der Senat der Rechtsansicht des Oberversicherungsamts hinsichtlich der Stundung und ihres Einflusses auf die Frage, ob infolge nicht rechtzeitiger Zahlung der Beiträge die freiwillige Kassenmitgliedschaft erloschen ist, nicht anzuschließen. Nach § 11 Ziff. IV b der Satzung der Beklagten erlischt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter — entsprechend der Vorschrift in § 314 Abs. 1 RVO. —, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind. Nach § 48 der Satzung sind die Beiträge für Versicherungspflichtige bis zum 10. jedes Monats nachträglich vom Arbeitgeber einzuzahlen, und haben Versicherungsberechtigte die Beiträge zu der gleichen Zeit selbst einzuzahlen. Zahltag im Sinne des § 11 Ziff. IV b a. a. O. ist somit der 10. jedes Monats, und da der Kläger die Beiträge für August 1914 am 10. September und für September 1914 am 10. Oktober 1914 nicht entrichtet hatte, waren an dem letztgenannten Tage als dem zweiten Zahltag die Voraussetzungen für das Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft an sich erfüllt. Es fragt sich, ob die Zahlungsaufforderung der Kasse vom 14. Oktober 1914 und die sich anschließende fristgemäße Zahlung der Rückstände seitens des Klägers geeignet war, hierin noch eine Änderung herbeizuführen. Im allgemeinen kann davon ausgegangen werden, daß eine Stundung von Kassenbeiträgen zulässig ist. Dem widerspricht nicht die öffentlichrechtliche Natur der Beitragspflicht; denn auch auf anderen Gebieten des öffentlichen Rechts ist die Stundung von Abgaben und Gefällen nicht unbekannt. Allerdings muß sich die Stundung innerhalb der Grenzen halten, die eine geordnete Kassenverwaltung vorschreibt. Das ergibt sich ohne weiteres aus der Pflicht des Vorstandes zur ordnungsmäßigen Führung der Kassengeschäfte. Deshalb wird in dieser Beziehung bei den freiwilligen Kassenmitgliedern, im Unterschiede zu den Pflichtmitgliedern, deren Beiträge vom Arbeitgeber eingezahlt werden, mit besonderer Vorsicht zu verfahren sein, weil sie für den Eingang ihrer Beiträge allein haften. Eine andere Frage ist die, welchen Einfluß eine bewilligte Stundung auf das nach § 314 Abs. 1 RVO. (§ 11 Ziff. IV b der Satzung) eintretende Erlöschen der Mitgliedschaft ausübt. Nach dieser Vorschrift erlischt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter unter den dort näher bezeichneten Voraussetzungen kraft Gesetzes, also ohne daß es noch einer besonderen Ankündigung oder anderen Maßnahme der Kasse bedarf. Mit Recht hat das Oberversicherungsamt darauf hingewiesen, daß es sich dabei um eine Vorschrift des öffentlichen Rechts, also

Digitized by Google

zwingender Natur handelt. Daraus folgt aber nur, daß sie nicht allgemein durch die Satzung — mit Ausnahme des im § 314 Abs. 1 Satz 2 vorgesehenen Falles — abgeändert werden darf und daß es auch nicht im Belieben der Kasse steht, im Einzelfalle von ihr Gebrauch zu machen oder nicht. Liegt hingegen eine zulässige Stundung der Beiträge vor, so hat das zur Folge, daß der Zahltag entsprechend hinausgeschoben ist und der Beitragspflichtige während der Dauer der Stundung nicht in Zahlungsverzug gerät. Dann kann auch die Wirkung, die das Gesetz an die Nichtzahlung der Beiträge an zwei aufeinanderfolgenden Zahltagen knüpft, erst eintreten, wenn die zugestandene Nachfrist ohne Zahlung der rückständigen Beiträge abgelaufen ist (zu vgl. hierzu teils zustimmend, teils abweichend v. Woedtke, Krankenversicherungsgesetz Anm. 6 zu § 11; v. Schicker, Krankenversicherungsgesetz Anm. 19 zu § 4; Hahn in der Zeitschrift „Die Invaliditäts- und Altersversicherung im Deutschen Reiche" 6. Jahrg. S. 190; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1b zu § 314 RVO.; Hoffmann, Kommentar Anm. 3 zu § 314; Düttmann-v. Frankenberg, Kommentar Anm. 2c zu § 314; Stier-Somlo, Kommentar Anm. 3 zu § 314; Kleeis in ArbVers. 1914 S. 633; Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 26. Januar 1907, ArbVers. 1907 S. 434). Ein solcher Einfluß wird der Stundung allerdings in der Regel nur einzuräumen sein, wenn sie vor dem zweiten satzungsmäßigen Zahltag ausgesprochen wird, an dem an sich die Folge des § 314 Abs. 1 eintreten würde. Eine besondere Beurteilung erfordern jedoch die Fälle, in denen die Kasse in unmittelbarem Anschluß an den Ablauf des zweiten Zahltages eine Zahlungsaufforderung erläßt und unter Setzung einer kurzen Nachfrist den Zahltag um wenige Tage verschiebt. Die Befugnis hierzu kann dem Kassenvorstande zur Vermeidung unbilliger Härten um so weniger versagt werden, als keine Gefahr besteht, daß die ordnungsmäßige Geschäftsführung der Kasse darunter leidet. In solchen Fällen muß auch der nachträglichen Stundung die gleiche Wirkung zuerkannt werden wie einer solchen, die vor dem zweiten Zahltag gewährt worden ist. Ob die Voraussetzung hierfür gegeben ist, bleibt Auslegungsfrage des einzelnen Falles. In der üblichen Mahnung, mit welcher der Zahlungspflichtige aufgefordert wird, zur Vermeidung der Zwangsvollstreckung innerhalb einer bestimmten Frist die Beiträge zu entrichten, kann eine nachträgliche Stundung mit der bezeichneten Wirkung nicht schon erblickt werden. Ist aber wie hier die Zahlung zugleich zur Vermeidung „der Ausschließung" gefordert worden und hat der Kassenvorstand damit seine Absicht klar zu erkennen gegeben, so liegt eine Stundung der Beiträge vor, der die Wirkung, daß der Zahltag noch nachträglich hinausgeschoben wird, nicht zu versagen ist. Da der Kläger die Zahlung der Beiträge innerhalb der dreitägigen Frist nachgeholt hat, ist also seine Mitgliedschaft nicht erloschen; vielmehr war er zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls noch Kassenmitglied.

Kosten gemeinsamer Meldestellen oder der Ortsbehörden nach § 319 RVO.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 23. Juni 1917 (2379 Amtl. Nachr. 1917 S. 564).

Das Oberversicherungsamt hat die an das Versicherungsamt gerichtete Eingabe des Magistrats zu O. als das Verlangen einer anderweiten Festsetzung der ihm für Wahrnehmung der Geschäfte der gemeinsamen Melde- und Zahlstelle von den beteiligten Kassen zu erstattenden Posten angesehen. Dieser Annahme entgegenzutreten, hat das Reichsversicherungsamt um so weniger Veranlassung gehabt, als auch bereits das Versicherungsamt die Eingabe im gleichen Sinne aufgefaßt, und der Magistrat hiergegen keine Bedenken erhoben hat.

Auch darin ist das Reichsversicherungsamt dem Oberversicherungsamte beigetreten, daß auch bei Übertragung der Geschäfte der gemeinsamen Melde- und Zahlstellen an die Ortsbehörde ein Anspruch der letzteren auf Kostenersatz begründet werde. Da § 319 Abs. 1 RVO. die Errichtung selbständiger Meldestellen und die Übertragung der Meldestellengeschäfte auf die Ortsbehörden gleichmäßig nebeneinander behandelt und in Abs. 2 daselbst von der Umlegung der Kosten schlechthin die Rede ist, ohne daß eine Ausnahme zuungunsten der Ortsbehörde gemacht wird, so erscheint eine andere Auslegung des Gesetzes ausgeschlossen.

Endlich war die Ansicht des Oberversicherungsamts auch insoweit zu billigen, als es das Versicherungsamt als die zur Festsetzung und Umlegung der Kosten zuständige Stelle angesehen hat. Allerdings fehlt in dieser Beziehung eine ausdrückliche Vorschrift in der Reichsversicherungsordnung. Da aber durch § 319 Abs. 1 dem Versicherungsamte die Errichtung von gemeinsamen Meldestellen für alle Orts-, Land- und Innungskrankenkassen seines Bezirkes oder die Übertragung ihrer Geschäfte auf die Ortsbehörden zugewiesen und durch Abs. 2, vorbehaltlich der Bestimmung eines anderen Maßstabs durch das Oberversicherungsamt, die Umlegung der Kosten auf die beteiligten Kassen nach Verhältnis des Jahreseinganges an Beiträgen vorgeschrieben wird, so muß mangels einer abweichenden Vorschrift als Wille des Gesetzgebers angenommen werden, daß auch diese Umlegung der Kosten Aufgabe des Versicherungsamts sein soll, zumal es nach § 377 RVO. Aufsichtsbehörde der Krankenkasse ist und nicht ersichtlich wäre, welche Stelle sonst hierfür zuständig sein sollte. Der Gedanke, daß eine solche Stelle überhaupt fehlen und daher im Streitfall die Anrufung der ordent-

Digitized by Google

lichen Gerichte zulässig sein sollte, wird vom Oberversicherungsamte mit Recht abgewiesen. Eine solche Regelung wäre zu wenig zweckentsprechend, als daß sie vom Gesetzgeber gewollt sein könnte. Der gleiche Standpunkt wird übrigens auch in einem Erlasse des König. Preuß. Min. für Handel und Gewerbe vom 7. August 1914 (HMBl. 1914 S. 443) vertreten.

In sachlicher Beziehung erschien dagegen der Standpunkt des Oberversicherungsamts als rechtlich nicht haltbar. Das Versicherungsamt hat die von den Kassen zu ersetzenden Kosten zunächst auf 2, dann vom 1. Januar 1914 ab auf 3 und vom 1. Januar 1915 ab auf 6 v. H. des Jahresbetrages der bei den Melde- und Zahlstellen eingehenden Beiträge festgesetzt. Diese Regelung hat das Oberversicherungsamt für zulässig erachtet. Hierbei ist aber übersehen worden, daß nach § 319 Abs. 2 der RVO. lediglich die Umlegung der Kosten auf die beteiligten Kassen nach Verhältnis des Jahreseinganges an Beiträgen zu erfolgen hat, während für die Festsetzung der Kosten ein Maßstab nicht vorgesehen ist. Ferner irrt das Versicherungsamt insofern, als es anstatt der tatsächlich entstandenen Kosten im voraus einen Pauschbetrag festsetzt, ähnlich der von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmten Vergütung, die nach §§ 1449, 1455 Abs. 2 RVO. den dort bezeichneten Stellen von den Landesversicherungsanstalten für Wahrnehmung gewisser Geschäfte der Invalidenversicherung zu zahlen ist. Im Gegensatze zu diesen Vorschriften sieht aber § 319 Abs. 2 RVO. nicht eine Vergütung, sondern die Umlegung der Kosten auf die beteiligten Kassen vor, will also die sämtlichen tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt wissen, selbstverständlich mit der Beschränkung, daß sie notwendig waren und sachgemäß aufgewendet worden sind, worüber im Streitfall das Versicherungsamt zu befinden hat. Für diese nach dem klaren Wortlaut des § 319 Abs. 2 RVO. kaum zweifelhafte Auslegung spricht zudem die Entstehungsgeschichte der Vorschrift. Sie ist aus § 49 Abs. 5 KVG. in Verbindung mit § 46 Abs. 3 und 4 ebenda hervorgegangen. § 49 Abs. 5 schrieb vor, daß die Aufsichtsbehörde sowie die höhere Verwaltungsbehörde für sämtliche Gemeindekrankenversicherungen und Ortskrankenkassen ihres Bezirkes oder einzelner Teile eine gemeinsame Meldestelle errichten kann. Die Aufbringung der Kosten erfolgte durch die beteiligten Gemeinde- und Ortskrankenkassen nach Maßgabe des § 46 Abs. 3 und 4, d. h. die Kosten wurden durch Beiträge der beteiligten Gemeindekrankenversicherungen und Krankenkassen gedeckt, welche in Ermangelung anderweiter durch Übereinkommen getroffener Regelung am Schlusse jedes Rechnungsjahrs nach dem Verhältnis der im Laufe des Rechnungsjahrs vereinnahmten Beiträge umgelegt wurden. Nach Abs. 4 waren die Gemeindekrankenversicherungen und Krankenkassen ferner erforderlichenfalls auch zur Leistung von Vorschüssen verpflichtet, die mangels anderweiter Regelung nach dem Verhältnis der im Laufe des vorausgegangenen Rechnungsjahrs vereinnahmten Kassenbeiträge auszuschreiben und bei der am Schlusse des Rechnungsjahrs erfolgenden Umlegung anzurechnen waren. Ob eine derartige vorschußweise Einforderung von Geldbeträgen durch das Versicherungsamt auch gegenwärtig noch zulässig ist, braucht vorliegendenfalls nicht entschieden zu werden. Die Tatsache, daß eine entsprechende Vorschrift in der Reichsversicherungsordnung fehlt, führt jedenfalls nicht notwendig zu dem Schlusse, daß ein solches Verfahren nicht zulässig wäre. Es kann dies, wie gesagt, dahingestellt bleiben, da jedenfalls sowohl nach dem früheren Rechte wie nach § 319 RVO. nachträglich voller Ersatz der tatsächlich entstandenen, sachgemäß aufgewendeten Kosten zu leisten ist, wozu jede Kasse in dem Verhältnis herangezogen werden soll, das dem auf sie entfallenden Jahreseingang an Beiträgen entspricht. Dem Oberversicherungsamt ist zuzugeben, daß eine genaue ziffermäßige Festsetzung der entstandenen Kosten häufig schwierig, wenn nicht unmöglich sein wird, weil derselbe Raum sowohl für die Geschäfte der Meldestelle wie für solche der Ortsbehörde benutzt wird oder derselbe Beamte sowohl Geschäfte der Meldestelle wie Dienstgeschäfte der Ortsbehörde als solcher versieht. Diese Schwierigkeiten berechtigen aber selbstverständlich nicht dazu, im Einzelfall an Stelle der tatsächlichen Kosten einen Pauschbetrag zu setzen; es hat vielmehr eine schätzungsweise Festsetzung der Kosten unter Berücksichtigung der sämtlichen in Betracht kommenden Tatumstände zu erfolgen, und zwar sind unter „Kosten", wie auch der Königl. Preuß. Minister für Handel und Gewerbe in dem obenerwähnten Erlasse vom 7. August 1914 annimmt, sowohl sächliche wie persönliche Kosten zu verstehen. Fühlt sich eine der beteiligten Kassen oder die Ortsbehörde durch die Festsetzung des Versicherungsamts beschwert, so kann sie sie im Beschwerdeweg anfechten. Da somit sowohl das Oberversicherungsamt wie das Versicherungsamt den § 319 RVO. unrichtig ausgelegt haben, so waren ihre Entscheidungen aufzuheben. Gleichzeitig war die Sache an das Versicherungsamt zurückzuverweisen, das die dem Magistrate zu O. von den beteiligten Kassen zu erstattenden Kosten unter Anwendung der dargelegten Grundsätze erneut festzusetzen haben wird.

Unnütze Kosten der Reise eines Versicherten zur ärztlichen Untersuchung fallen dem schuldigen Teile zur Last.

Entscheidungen a) des Versicherungsamts der Stadt Posen vom 23. April 1917; b) des Oberversicherungsamts Posen vom 18. September 1917.

Der Kaufmann F., Mitglied einer Krankenkasse in Posen, befand sich 1916 längere Zeit auf Kosten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte im Waldsanatorium Obernigk bei Trebnitz in Schlesien,

Digitized by Google

kehrte von dort Ende November 1916 nach Posen zurück, meldete sich bei seiner Kasse und empfing von ihr das Krankengeld bis zum 28. November. Am 14. Dezember ging ihm vom Kreisarzt in Trebnitz die Aufforderung zu, sich am 15. Dezember zur Untersuchung zu stellen. Nach seiner Angabe nahm er an, daß die Aufforderung von der Reichsversicherungsanstalt veranlaßt worden sei. Er reiste deshalb von Posen nach Trebnitz zurück und erfuhr dort, daß die Untersuchung auf Ersuchen der Krankenkasse erfolgte. Von dieser verlangte er Ersatz der Reisekosten. Die Kasse lehnte die Zahlung ab. F. beschwerte sich hierüber beim Versicherungsamt, wurde aber abgewiesen aus folgenden Gründen:

a)

Der Beschwerdeführer hat seiner eigenen Darstellung nach erst am 14. Dezember 1916 nachm. vom Königl. Kreisarzt in Trebnitz die gedruckte Aufforderung erhalten, sich „in seiner Unterstützungssache" am Freitag, den 15. Dezember 1916 11 Uhr vorm. in der kreisärztlichen Wohnung in Trebnitz zur ärztlichen Untersuchung einzufinden. Die Postkarte war am 11. 12. 1916 zwischen 6 und 7 Uhr nachm. zur Post gegeben und, wie ganz deutlich erkennbar, an das Waldsanatorium Obernigk gerichtet. Da der Beschwerdeführer inzwischen dort zur Entlassung gelangt ist, ist ihm die Karte unter Durchstreichung der ersten Adresse an seine Posener Adresse nachgesandt worden. Bei Empfang der Karte mußte sich der Beschwerdeführer schon aus der vom Postboten vorgenommenen Umadressierung bei vernünftiger Überlegung sagen, daß er der Aufforderung nur dann Folge zu leisten hätte, wenn er sich noch im Waldsanatorium Obernigk aufhielte und daß ihm nicht zugemutet werden könne auf eigenes Risiko die kostspielige Reise von Posen nach Trebnitz zu unternehmen. In eine Nachprüfung der Höhe der angeblich entstandenen Reisekosten, wie des entgangenen Arbeitsverdienstes braucht das Versicherungsamt gar nicht erst einzutreten, weil die Reisekosten ganz ohne zwingende Not vom Beschwerdeführer verursacht worden sind. Wenn letzterer tatsächlich glaubte, durch Versäumen des Termins der ärztlichen Untersuchung einen Rechtsnachteil zu erleiden, so hätte es für ihn noch verschiedene Möglichkeiten gegeben, sich über den zweckmäßig einzuschlagenden Weg in der Angelegenheit Rats zu holen. Wenn, was bezweifelt wird, der Weg telephonischer Verständigung mit dem Kreisarzt nicht möglich war, so blieb immer noch derjenige durch den Telegraphen. Auch würde eine Anfrage an berufener Stelle (beim Versicherungsamt, bei der Krankenkasse, bei der städtischen Rechtsauskunftsstelle) den Beschwerdeführer sofort über die völlige Zwecklosigkeit dieser Reise aufgeklärt haben.

II.

Diese Entscheidung wurde vom Oberversicherungsamt auf Beschwerde des F. aufgehoben; die Kasse wurde zur Erstattung der Reisekosten mit 28,90 ℳ verurteilt aus folgenden Gründen:

b)

Daß die Kosten, die infolge einer von dem Versicherungsträger angeordneten ärztlichen Untersuchung entstehen, dem Versicherten zu erstatten sind, entspricht der allgemeinen Rechtsübung, die sich aus der Erwägung ergibt, daß durch Maßnahmen eines Versicherungsträgers, die der Feststellung seiner Leistungen dienen, der Versicherte keinen Schaden erleiden darf. Nur insoweit haften die Versicherungsträger für solche Kosten nicht, als sie durch eigenes Verschulden des Versicherten entstehen. Der Auffassung des Versicherungsamts, daß F. die Kosten der Reise nach Trebnitz selbst verschuldet habe, weil er die Reise ohne zwingenden Grund ausführte, hat sich das Oberversicherungsamt nicht anzuschließen vermocht. F. hatte, als er am 14. Dezember 1916 abends gegen 7 Uhr die Aufforderung des Kreisarztes in Trebnitz, sich am 15. Dezember 1916 vorm. bei ihm zur Untersuchung einzufinden, in seiner Wohnung vorfand, keine Möglichkeit mehr, sich bei den vom Versicherungsamt angegebenen Stellen Rat einzuholen. Ihm stand auch keine ausreichende Zeit mehr zur Verfügung, um sich mittels Fernsprechers oder Fernschreibens zwecks Auskunfterteilung über die Notwendigkeit der Reise an den Kreisarzt zu wenden. Die kurze Frist, die ihm bis zu der noch in der Nacht anzutretenden Reise verblieb, war nur gerade ausreichend für die Reisevorbereitungen und die notwendigste Nachtruhe. Er hatte es auch nicht versäumt, nach seiner Rückkehr aus dem Sanatorium Ende November sich bei der Kasse persönlich als wieder ortsanwesend zu melden. Er konnte also füglich gar nicht vermuten, daß die auf den 15. Dezember anberaumte Untersuchung noch auf Veranlassung der Kasse erfolgen sollte, war vielmehr zu der Annahme berechtigt, daß der Kreisarzt von der Reichsversicherungsanstalt mit seiner Untersuchung beauftragt war.

Bei dieser Sachlage läßt sich ein Verschulden nur auf seiten der Kasse anerkennen, die ungeachtet der ordnungsmäßig erfolgten Rückmeldung die Vorladung vor den Kreisarzt in Trebnitz noch veranlaßte oder, falls sie sie bereits vor der Rückmeldung veranlaßt hatte, nicht so rechtzeitig rückgängig machte, daß eine unnötige Behelligung des Beschwerdeführers vermieden wurde. Hieraus folgt die Verpflichtung der Kasse zur Erstattung der Reisekosten, die auch hinsichtlich ihrer auf 28,90 ℳ berechneten Höhe zur Beanstandung keinen Anlaß boten.

Anmerkung der Schriftleitung: Wir halten die Entscheidung des Oberversicherungsamts für begründet, müssen aber hinzufügen, daß eine wesentliche Mitschuld doch wohl auch dem Kreisarzt zur Last fällt, der sich darauf beschränkt hatte, in der gedruckten Aufforderung an den Versicherten den Anlaß für die Untersuchung lediglich durch die Wendung zu kennzeichnen: „In Ihrer Unterstützungssache

Digitized by Google

usw." Das ist ganz ungenügend. Der Kreisarzt hat kein eigenes Recht, einen Versicherten zu einer Untersuchung vorzuladen. Er muß daher die Angelegenheit und namentlich die Stelle, auf deren Veranlassung die Untersuchung erfolgen soll, bestimmt bezeichnen, damit der Versicherte prüfen kann, ob für ihn Anlaß vorliegt, der Aufforderung zu folgen. Hätte der Kreisarzt vermerkt, daß die Untersuchung auf Ersuchen der Krankenkasse in Posen erfolgen solle, so hätte es dem Versicherten nicht einfallen können, die ersichtlich unnütze Reise von Posen nach Trebnitz anzutreten.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Angestelltenversicherung der im vaterländischen Hilfsdienst im Ausland Beschäftigten.

Vom 12. Oktober 1917 (RGBl. S. 896).

Auf Grund des § 19 der Verordnung über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171) bestimme ich folgendes:

§ 1. Für im Ausland verrichtete Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst, die durch § 17 der Verordnung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171) der Angestelltenversicherung unterstellt sind, hat die für Berlin zuständige untere Verwaltungsbehörde, soweit § 1 der Bekanntmachung über Angestelltenversicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 25. Mai 1917 (RGBl. S. 435) nichts anderes bestimmt,

1. den Wert der Sachbezüge nach § 2 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte in der für Berlin maßgebenden Höhe festzustellen,
2. die Bescheinigungen für Krankheitszeiten nach § 54 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auszustellen.

§ 2. Als Ausgabestelle für die Aufnahme- und Versicherungskarten (§ 194 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) wird für die im § 1 dieser Bekanntmachung bezeichneten Tätigkeiten im vaterländischen Hilfsdienst, soweit § 2 der Bekanntmachung über Angestelltenversicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 25. Mai 1917 nichts anderes anordnet, die Ausgabestelle der Angestelltenversicherung in Berlin (Klosterstraße 65) bestimmt.

§ 3. Jede Behörde, die vom Deutschen Reiche in den von deutschen Truppen besetzten ausländischen Gebieten eingesetzt ist und behördliche Aufgaben einer deutschen Behörde erledigt, gilt als inländische Behörde im Sinne des § 329 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Zur Frage der Vererblichkeit des Anspruchs aus § 398 VGfA.

Entscheidung des Schiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 11. Juni 1917 (G. 755).

Der Versicherte ist am 3. September 1916 verstorben. Zwei Tage später starb seine Witwe, ohne den Erstattungsanspruch aus § 398 Angestelltenversicherungsgesetz angemeldet zu haben. Der Rentenausschuß versagt den — zur Zeit des Todes der Eltern unbestritten mehr als 18 Jahre alten — Kindern (den Berufungsklägern) die Erstattung der halben Beiträge, weil es sich in den Fällen des § 398 um einen vom Erbrecht völlig losgelösten Anspruch handele, der erst mit der Geltendmachung vererblich werde. Im Gegensatz zu den Berufungsklägern teilt die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die Auffassung des Rentenausschusses, weil der in § 398 geregelte Anspruch des hinterlassenen Ehegatten und — wenn ein solcher nicht vorhanden sei — der Kinder unter 18 Jahren ein höchstpersönliches Recht dieser Personen sei und nicht zu ihrem Nachlaß gehöre. Erst infolge Geltendmachung werde der Anspruch als Geldwert vererblich.

Auch das Schiedsgericht sieht den Erstattungsanspruch aus § 398 als einen höchstpersönlichen an und verneint seine Vererblichkeit jedenfalls dann, wenn — wie in dem Streitfalle — der Anspruchsberechtigte verstorben ist, ohne innerhalb der einjährigen Frist des § 398 den Anspruch erhoben zu haben. Daß der Anspruch ein höchstpersönlicher, von dem Erbrecht losgelöster ist, ist daraus zu entnehmen, daß der § 398 den Anspruch nicht schlechthin den gesetzlichen Erben des Versicherten zubilligt, sondern nur einzelnen ganz bestimmt bezeichneten Hinterbliebenen des Versicherten, nämlich dem Witwer, der Witwe und — falls solche nicht vorhanden sind — den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren. Gegenüber dieser Auffassung könnte geltend gemacht werden, auch Kinder unter 18 Jahren gingen leer aus, wenn beispielsweise bald nach dem Tode des Versicherten seine Witwe stirbt, ohne den Anspruch erhoben zu haben, und Kinder unter 18 Jahren — sei es allein, sei es zusammen mit älteren Geschwistern — zurückblieben. Denn die Kinder unter 18 Jahren seien ausgeschlossen, wenn zur Zeit des Todes des Versicherten seine Witwe lebe. Diese Auffassung wäre abzuweisen, denn die Worte des § 398 „falls solche nicht vorhanden sind" beziehen sich nicht auf den Zeitpunkt des Todes des Versicherten, sondern auf den ganzen für die Anspruchserhebung zugelassenen einjährigen Zeitraum. Stirbt innerhalb dieses Zeitraumes die Witwe ohne den Anspruch erhoben zu haben, so treten für den Rest des Zeitraumes an ihre Stelle, und zwar nicht kraft Erbrechts, sondern aus eigenem Recht, die zur Zeit des Todes des Versicherten weniger als 18 Jahre alten Kinder des Versicherten, die — was gleichfalls ihren Anspruch als

Digitized by Google

einen höchstpersönlichen kennzeichnet — nicht zugleich Kinder der Witwe des Versicherten zu sein brauchen. Dagegen wären ihre etwaigen beim Tode des Vaters über 18 Jahre alten Geschwister nicht mitberechtigt.

Im vorliegenden Streitfalle war, da die Witwe des Versicherten den Anspruch nicht geltend gemacht hat und letzterer in diesem Falle — wie oben ausgeführt — durch Vererbung nicht übertragen werden kann, der Berufung der zur Zeit des Todes des Versicherten über 18 Jahre alten Kinder der Erfolg zu versagen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes.

Zur Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 6. Juli 1917 (ArbVers. 1917 Heft 22 S. 515) teilen wir, im Hinblick auf die Wichtigkeit und Schwierigkeit des Gegenstandes (zu vgl. Jaeger hier Heft 24 S. 553) noch die vom Reichsamt des Innern aufgestellten amtlichen Erläuterungen vollständig mit:

Allgemeines. — Bei Regelung der Arbeiter- und Angestelltenversicherung für die im vaterländischen Hilfsdienst beschäftigten Personen hat die Bekanntmachung vom 24. Februar 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 171) diejenigen Sonderbestimmungen zum großen Teil mit übernommen, welche seit Beginn des Krieges durch Gesetz oder Bundesratsverordnung für die Teilnehmer an Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten getroffen worden sind. Wenn dies nicht auch hinsichtlich der aus Reichsmitteln gewährten Wochenhilfe geschehen ist, so lag der Grund dafür nicht darin, daß jene Wohlfahrtsmaßregel hier von vornherein und durchweg als nicht erforderlich oder nicht angebracht erachtet werden mußte. Wohl aber bestehen in den Verhältnissen der Kriegsteilnehmer einerseits und der im Hilfsdienst Beschäftigten andererseits gerade bei den für diese Frage beachtlichen Umständen sehr wesentliche Unterschiede, die eine selbständige sorgfältige Prüfung forderten. Um die Erledigung der spruchreifen Bestimmungen der Bekanntmachung vom 24. Februar 1917 nicht aufzuhalten, mußte deshalb die Entschließung über eine Reichswochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes einer späteren Beschlußfassung vorbehalten bleiben.

Eine Regelung der Frage ist denn inzwischen auch von verschiedenen Seiten befürwortet worden. Insbesondere hat der Reichstag eine Resolution angenommen, nach der die Reichswochenhilfe auf die Ehefrauen der im vaterländischen Hilfsdienst tätigen Personen, soweit eine Bedürftigkeit im Sinne der Bundesratsverordnungen, betreffend Wochenhilfe, vorliegt, erstreckt werden soll. Bei den Beratungen im Haushaltsausschuß ist regierungsseitig eine wohlwollende Prüfung der Anregung in Aussicht gestellt worden.

Was die bereits erwähnten Unterschiede in den Verhältnissen der Kriegsteilnehmer und der im Hilfsdienst Beschäftigten betrifft, so nimmt der Kriegsdienst die ganze Persönlichkeit, Zeit und Arbeitskraft dessen in Anspruch, der ihn zu leisten hat. Die Löhnung bei den hier in Betracht kommenden unteren Dienstgraden stellt sich bei weitem nicht als gleichwertiges Entgelt für die Arbeitsleistung dar. Der Kriegsteilnehmer ist daher überwiegend nicht in der Lage, für seine Familie ausreichend zu sorgen. Dies wird schon durch die Gewährung der Mannschaftsunterstützung anerkannt, die aber nur für das Notwendigste hinreichen soll und kann. Demgegenüber kann der Hilfsdienstleistende seine volle Arbeitskraft — wenn auch zum Teil auf einem nicht frei gewählten Gebiete — verwerten. Er erhält als Gegenleistung für seine Arbeit den allgemein üblichen Lohn. Er steht also in der Regel nicht schlechter als zur Friedenszeit, sondern vielfach — namentlich in der Kriegsindustrie — infolge der großen Lohnsteigerung sogar besser, und zwar auch bei Berücksichtigung der Kriegsteuerung. Da ganze große Gruppen von Berufsarbeitern, so die Landwirtschaft, als Tätigkeit im vaterländischen Hilfsdienst zu gelten haben, werden zahlreiche Personen jetzt als in letzterem tätig angesehen, ohne daß sich in ihren Verhältnissen das geringste geändert hat. Lassen sich hiernach Billigkeitsgründe für eine allgemeine Berücksichtigung dieser Gruppen nicht geltend machen, so würde damit anderseits eine unbillige Zurücksetzung anderer Bevölkerungskreise geschaffen werden, die ihren ganzen Lebensverhältnissen nach dieser Wohltat nicht minder bedürftig sind. Es sei hier nur an die nicht in der Kriegsindustrie tätigen gewerblichen Arbeiter in der Stadt erinnert, die unter der Lebensmittelknappheit vielfach ärger zu leiden haben als die Arbeiter auf dem Lande, und deren Frauen aus verschiedenen Gründen nach der Niederkunft meist erst später wieder zur Arbeit gehen können als die Landfrauen.

Unter diesen Umständen ist es nicht angezeigt, den Hilfsdienst in bezug auf die Wochenhilfe der Leistung von Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten allgemein gleichzustellen. Das Hilfsdienstgesetz bildet nach dem Gesagten nicht den geeigneten Anlaß, der Frage einer Beibehaltung und Ausdehnung der mit der Kriegswochenhilfe eingeleiteten großen Fürsorgemaßnahme allgemein näherzutreten. Diese Frage wird vielmehr auf breiterer Grundlage dann einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen sein, wenn bei Wiedereintritt des Friedenszustandes die wirtschaftliche Gesamtlage und die durch sie bedingte Leistungsfähigkeit der beteiligten Stellen mit einiger Sicherheit wird übersehen werden können.

Erwächst indessen auch, wie gesagt, der Mehrheit der im Hilfsdienst tätigen Personen aus dieser Beschäftigung kein wirtschaftlicher Nachteil, so bleibt doch immerhin eine nicht geringe Zahl solcher übrig, bei denen dies nicht zutrifft. Das Hilfsdienstgesetz bringt ohnehin starke Eingriffe in das persönliche Selbstbestimmungsrecht des einzelnen mit sich; hinzutretende Verschlechterungen der Erwerbs- und Einkommensverhältnisse würden daher besonders hart empfunden werden und lassen die Schaffung eines gewissen Ausgleichs durch eine — auf Fälle solcher Verschlechterungen beschränkte — Wohlfahrtsmaß-

Digitized by Google

nahme des Reichs als billig und angezeigt erscheinen. Als solche kommt dann eine Reichswochenhilfe nach dem Muster derjenigen, welche den Neugeborenen der Kriegsteilnehmer zugewendet ist, in erster Reihe in Frage, da sich diese Einrichtung in ihrem bisherigen Wirkungsbereiche nach allseitigem Urteil ausgezeichnet bewährt hat.

Auch der Reichstag hat eine engere Abgrenzung des Teilnehmerkreises für notwendig gehalten, indem er das Erfordernis der Bedürftigkeit aufstellte. Das Vorliegen einer solchen muß neben dem Eintritt einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage unter der Einwirkung des Hilfsdienstgesetzes die Voraussetzung für den Anspruch auf die Reichswochenhilfe bilden.

Hinsichtlich des Umfanges der Leistungen schließt sich die neue Fürsorge eng an die bewährten Bestimmungen der älteren Verordnungen über Wochenhilfe an. Dabei ist das tägliche Wochengeld auch hier, entsprechend der Bekanntmachung vom 6. Juni d. J. (RGBl. S. 477), von einer Mark auf eine und eine halbe Mark erhöht. Was das Verfahren betrifft, so lehnt es sich an dasjenige der Bekanntmachung vom 23. April 1915, nicht an dasjenige der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 an, d. h. die Entscheidung über Anträge auf Wochenhilfe ist nicht dem Vorstand der Krankenkasse, sondern der Kommission des Lieferungsverbandes übertragen worden. Allerdings werden die im Hilfsdienst tätigen Personen, die hier in Betracht kommen, meist Krankenkassenmitglieder sein; für sie wären also infolge dieser Mitgliedschaft die nötigen Beziehungen zu den Krankenkassen gegeben. Allein die Aufgaben, welche hier den Organen der Krankenkassen bei der Beschlußfassung zufallen würden, sind wesentlich anderer Art, als es in den Fällen der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 der Fall ist. Bei den letzteren liegt jenen Organen nur die Feststellung bestimmter Tatsachen ob, nämlich neben der Teilnahme an Kriegs- usw. Diensten das Vorhandensein eines voranaegangenen Versicherungsverhältnisses von gewisser Dauer, die selbständige Abwäauna billiger Ermessensgründe wird dabei den festsetzenden Stellen nicht zugemutet. Anders liegt die Sache hier: Verschlechterung der Wirtschaftslage und Bedürftigkeit, also die Voraussetzungen des Anspruchs nach der vorliegenden Verordnung, sind Begriffe, deren Anwendbarkeit sich nur unter Abwägung aller besonderen Umstände des Einzelfalles feststellen läßt, wobei dem freien Ermessen ein weiter Spielraum bleibt. Zur Bewältigung dieser Aufgabe sind die Kassenvorstände, denen der behördliche Charakter fehlt, der Natur der Sache nach weniger geeignet als die Lieferungsverbände, die zudem für die Prüfung der wirtschaftlichen Lage der Beteiligten infolge ihrer gleichartigen Tätigkeit auf dem Gebiete der Mannschaftsunterstützung und der Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 umfassende Erfahrungen besitzen. Die Übertragung der Aufgabe an die Kassenvorstände würde überdies notwendig die Einführung eines Instanzenzugs — und zwar wohl desselben, wie nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 — mit sich bringen und dadurch eine gegenwärtig besonders unliebsame weitere Geschäftsbelastung der Versicherungsbehörden verursachen. Die Kommissionen der Lieferungsverbände aber bieten nach ihrer Zusammensetzung und nach den Ergebnissen ihrer seitherigen Tätigkeit die erforderliche Gewähr, welche die Einsetzung höherer Instanzen entbehrlich macht. Die wünschenswerte Gleichmäßigkeit der Entscheidungen wird nach den gemachten Erfahrungen durch die in grundsätzlichen Fragen gegebenenfalls ergehenden Anweisungen der Zentralbehörden ausreichend gesichert. Die bewährten Verfahrensvorschriften der Bekanntmachung vom 23. April 1915 konnten, zu einem großen Teil wörtlich, übernommen werden.

Zu §§ 1, 2. — Die neue Fürsorge hat in gleicher Weise wie die Kriegswochenhilfe neben einer Vergünstigung als Ausgleich für Nachteile bei den im vaterländischen Interesse geleisteten Diensten in erster Reihe die Sicherung und Förderung des deutschen Nachwuchses im Auge. Sie beschränkt sich dementsprechend auch auf deutsche Wöchnerinnen. Für eine Ausdehnung auf Nichtdeutsche wegen einer etwa ausgeübten Tätigkeit im Sinne des Hilfsdienstgesetzes sprechen auch keine besonderen Gründe der Billigkeit, da es sich um eine ganz freiwillige und außerordentliche Leistung aus Reichsmitteln handelt. Bei der selbständigen Natur dieser Wohlfahrtseinrichtung greift hier auch die Bekanntmachung, betreffend Ausdehnung des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst auf Angehörige der österreichisch-ungarischen Monarchie, vom 4. April 1917 (RGBl. S. 317) nicht Platz, da es sich nicht um eine Ausführungsbestimmung zum Hilfsdienstgesetz handelt. Diejenige Wochenhilfe, welche die etwa selbst im Hilfsdienst beschäftigten und wegen solcher Beschäftigung für die eigene Person gegen Krankheit versicherten ausländischen Wöchnerinnen auf Grund der §§ 195 ff. der RVO. und des § 8 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 zu beanspruchen haben, bleibt natürlich unberührt.

Drei Gruppen von Wöchnerinnen kommen für die Wochenhilfe in Betracht. Es sind dies zunächst die nicht selbst mittätigen Ehefrauen der im Hilfsdienst Beschäftigten, die als die weitaus zahlreichste Gruppe im § 2 voranstehen. Im § 3 werden die selbst im vaterländischen Hilfsdienst tätigen Frauen behandelt, während § 4 die Wochenhilfe für die unehelichen Kinder hilfsdiensttätiger Männer ordnet.

Der Anspruch nach § 2 setzt zunächst eine Tätigkeit des Ehemannes der Wöchnerin im vaterländischen Hilfsdienst voraus, und zwar muß diese Voraussetzung regelmäßig zur Zeit der Entbindung gegeben sein. Ein gewisses Abweichen von diesem Erfordernis gestattet nur § 8 Abs. 2. Anders wie beim Kriegsdienst, der, einmal begonnen, die ganze Person erfaßt und den Wiederaustritt nach eigenem Belieben ausschließt, liegt hier Anlaß vor zu verhüten, daß jemand seiner Familie auf leichtem Wege die Reichsbeihilfe dadurch beschafft, daß er um ihretwillen erst kurz vor der bevorstehenden Niederkunft der Ehefrau eine Tätigkeit im Hilfsdienst übernimmt. Diese Besorgnis besteht da nicht, wo der Eintritt in den Hilfsdienst nicht freiwillig erfolgt ist, also bei den Personen, die durch besondere schriftliche Aufforderung nach § 7 des Hilfsdienstgesetzes herangezogen worden sind. In allen übrigen Fällen muß aber aus dem angegebenen Grunde, wie in den §§ 195 ff. der RVO eine vorangegangene längere Versicherungsdauer, so hier eine gewisse Dauer der der Niederkunft vorangehenden Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst gefordert werden. Die Verordnung schreibt dafür, gleichfalls nach dem Vorbild des § 195 der RVO., einen Mindestzeitraum von sechs Monaten vor. Für die Übergangszeit läßt § 5 eine Kürzung zu. Wann die zweite und dritte Voraussetzung des Anspruchs, nämlich die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage des Ehemannes, des unehelichen Vaters oder der selbsttätigen Mütter, und das Bedürfnis gegeben sind, wird bei den §§ 6 und 7 näher ausgeführt. Der erste Satz des zweiten Absatzes ent-

Digitized by Google

spricht einer ähnlich gefaßten Bestimmung im § 1 der Bekanntmachung vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171) und erweitert in gleicher Weise wie dort den Kreis der Berechtigten über denjenigen der Hilfsdienstpflichtigen selbst hinaus. Der zweite Satz daselbst schützt diejenigen vor Benachteiligung, welche die für die vorangegangene Zeit erforderte Hilfsdiensttätigkeit nur aus dem Grunde nicht nachzuweisen vermögen, weil sie in dieser Zeit ihrer Pflicht gegen das Vaterland in anderer Weise — durch Leistung von Kriegs- usw. Diensten — genügt haben.

Zu § 3. — Bei den in eigener Person hilfsdiensttätigen Wöchnerinnen kann naturgemäß nicht gefordert werden, daß die Beschäftigung im Hilfsdienst bis zum Augenblicke der Entbindung fortgesetzt wird. Die Einhaltung einer gewissen Schonzeit vor der Niederkunft ist vielmehr aus gesundheitlichen Gründen erwünscht.

Die zu diesem Zwecke getroffene Regelung, wonach die Zeit der Beschäftigungslosigkeit in den vier Wochen unmittelbar vor der Niederkunft auf die sechs Monate anzurechnen ist, bedeutet zwar für die Wöchnerinnen des § 3 eine gewisse Besserstellung gegenüber denen des § 2. Eine solche ist indessen nicht unbillig, da es sich um Frauen handelt, deren Beziehungen zum vaterländischen Hilfsdienst unmittelbar durch die eigene Tätigkeit, nicht nur mittelbar durch diejenige des Ehemannes, begründet sind. Der Begriff der Beschäftigungslosigkeit ist hier milde auszulegen. Zur Anwendbarkeit der Vorschrift genügt, daß die Wöchnerin nicht einer eigentlichen, für den Lebensunterhalt wesentlichen Lohnarbeit nachgegangen ist. Dagegen schließt die Wahrnehmung des eigenen Haushaltes oder auch die gelegentliche Verrichtung entgeltlicher geringfügiger Arbeiten außer dem Hause, wie sie auch hochschwangere Personen regelmäßig noch ohne Schädigung ihres Gesundheitszustandes vorzunehmen pflegen, die Annahme einer „Beschäftigungslosigkeit" nicht aus.

Zu § 4. — Bei der hier behandelten dritten Gruppe, den unehelichen Kindern von im Hilfsdienst beschäftigten Vätern, muß zunächst der Nachweis der Vaterschaft gefordert werden. Da im Hilfsdienst eine Unterstützung nach dem Gesetze vom 28. Februar 1888/4. August 1915 nicht in Frage steht, konnte der Anspruch auf die Wochenhilfe nicht, wie es nach § 3 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 der Fall ist, von deren Gewährung abhängig gemacht werden. Die Verordnung schließt sich daher in diesem Punkte der Vorschrift im Abschnitt III der Bekanntmachung vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200) an. Der Nachweis der Vaterschaft ist danach in gleicher Weise zu erbringen, wie es für die Gewährung der Mannschaftsunterstützung gefordert wird. Dabei werden nur die gleichen milden Anforderungen zu stellen sein. Die Voraussetzungen in der Person und in den Verhältnissen des Vaters sind, abgesehen vom Nichtbestehen der Ehe mit der Mutter des Kindes, die gleichen wie nach § 2. Nur braucht der Vater nicht Deutscher zu sein, da sich die Staatsangehörigkeit des unehelichen Kindes nach derjenigen der Mutter richtet. Daß es dieses Erfordernisses für die Mutter bedarf, ergibt sich aus § 1. Endlich muß auch hier ein Bedürfnis vorliegen. Wann dies der Fall ist, richtet sich nach § 7.

Zu § 5. — Die neue Fürsorgemaßnahme würde denjenigen Wöchnerinnen nicht zugute kommen, deren Entbindung in die nächsten Monate nach dem Inkrafttreten der Verordnung fällt, wenn für sie nicht eine Erleichterung in bezug auf die geforderte Dauer der vorangegangenen Beschäftigung im Hilfsdienst zugestanden würde. Da es aber erwünscht ist, daß die wohltätigen Wirkungen dieser Wochenhilfe sich tunlichst bald geltend machen, ist für die Übergangszeit, in der die volle Beschäftigungszeit im Hilfsdienst noch gar nicht nachgewiesen werden kann, eine Kürzung der erforderten Dauer zugelassen. Dabei ist auch darauf Rücksicht genommen worden, daß die Maßnahmen zur Durchführung des Hilfsdienstgesetzes zunächst eine gewisse Zeit in Anspruch genommen haben, so daß auch die Übernahme einer Beschäftigung im Hilfsdienst zum großen Teil erst einige Zeit nach dem Inkrafttreten jenes Gesetzes selbst erfolgen konnte. In billiger Berücksichtigung dieses Umstandes ist die Übergangszeit bis zum 1. September 1917 hinausgeschoben worden. Bis zum genannten oder einem späteren Tage kann eine sechsmonatige Zeit der Beschäftigung im Hilfsdienst sehr wohl zurückgelegt sein; es ist also nicht unbillig, wenn von da ab die Erfüllung der vollen Voraussetzung verlangt wird. Um jeden Tag aber, den die Wöchnerin vor dem 1. September entbunden wird, kürzt sich auch die sechsmonatige Beschäftigungsdauer. Beispielsweise braucht der Ehemann, wenn seine Frau am 1. Juli 1917 entbunden wird, bis dahin nur sechs weniger zwei, also vier Monate Tätigkeit im Hilfsdienst nachzuweisen. Anderseits empfahl es sich nicht, in der Herabminderung der Voraussetzung noch weiter zu gehen, da der Leistung des Reiches regelmäßig eine immerhin nicht gar zu kurz bemessene Gegenleistung an Arbeit im Hilfsdienst entsprechen soll. Die besondere Vergünstigung des § 3 für die selbsttätigen Frauen kommt auch hier zur Anwendung. Bei Entbindung am 1. Juli 1917 würde mithin eine Beschäftigung vom 1. März bis 2. Juni genügen, vorausgesetzt, daß in der folgenden Zeit bis zum 1. Juli keine anderweite entgeltliche Beschäftigung stattgefunden hat.

Zu § 6. — Ein sehr großer Teil der Personen, deren Tätigkeit jetzt als eine solche im Sinne des Hilfsdienstgesetzes zu gelten hat, setzt dabei nach wie vor seine frühere Tätigkeit fort, ohne daß der Erlaß des Hilfsdienstgesetzes irgendeinen Einfluß auf die Art und die Bedingungen dieses Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt hat. Für alle diese Personen entfällt, wie bereits hervorgehoben worden ist, jeder Anlaß zu der mit dieser Wochenhilfe gegebenen besonderen Leistung des Reichs. Dies gilt auch dann, wenn sich inzwischen die wirtschaftliche Lage für den Betreffenden aus dem einen oder dem anderen Grunde ungünstiger gestaltet haben sollte, vorausgesetzt nur, daß die so eingetretene Verschlechterung nicht auf die Einwirkung des Hilfsdienstgesetzes oder einer auf Grund desselben getroffenen Maßregel zurückzuführen ist. Dagegen ist die Voraussetzung für die Gewährung der Wochenhilfe stets dann gegeben, wenn sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der eingetretenen Verschlechterung und einer Einwirkung des Hilfsdienstgesetzes nachweisen läßt. Die Fälle, in denen dies zutrifft, lassen sich nicht erschöpfend aufführen. Zum besseren Verständnis für die Praxis hebt § 6 diejenigen Fälle heraus, die aller Voraussicht nach die Regel bilden werden: es sind dies diejenigen des Übertritts aus einer anderen Beschäftigungsart, so des Übertritts aus einer sonstigen Tätigkeit zur Rüstungsindustrie, aus einer gewerblichen Tätigkeit zu landwirtschaftlichen Bestellungs- oder Erntearbeiten usw., auch des Übertritts aus einer selbständigen zu einer unselbständigen Beschäftigung im Betriebe. Sodann kommt — allein oder in Verbindung mit jenem Wechsel der Arbeits-

Digitized by Google

art — ein Wechsel des Arbeitsortes in Betracht, der namentlich infolge der Notwendigkeit, einen doppelten Haushalt zu führen, die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschäftigten nachteilig beeinflussen kann. Ein Wechsel bloß des Arbeitgebers oder der sonstigen Arbeitsbedingungen bei dem nämlichen Arbeitgeber wird nur selten eine Folge des Hilfsdienstgesetzes bilden. Noch seltener wird ein Einfluß des Hilfsdienstgesetzes da bemerkbar sein, wo überhaupt kein Wechsel der Verhältnisse eingetreten ist. Immerhin ist es beispielsweise denkbar, daß jemand durch das Hilfsdienstgesetz gezwungen ist, bei seiner bisherigen — jetzt dem Hilfsdienst zugerechneten — Beschäftigung zu verbleiben, und daß er deshalb nachweislich eine gebotene Gelegenheit zu lohnenderer Beschäftigung nicht benutzen konnte. Durch die Worte „in der Regel" läßt die Verordnung die Möglichkeit offen, auch solche Ausnahmefälle zu berücksichtigen.

Die zweite regelmäßige Voraussetzung ist, daß jener Wechsel nachteilig auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschäftigten eingewirkt hat. Dieser Nachteil kann sich in verschiedener Gestalt zeigen. Zunächst darin, daß die Einnahmen herabgehen. Dann aber auch darin, daß die notwendigen Ausgaben — namentlich wegen der örtlichen Trennung von der Familie — stärker anwachsen als die Einnahmen. Um eine Verschlechterung feststellen zu können, ist es begrifflich notwendig, einen Vergleich zu ziehen, und zwar soll die Wirtschaftslage des Beschäftigten, wie sie sich während der Verrichtung des Hilfsdienstes vor dem Zeitpunkt der Entbindung gestaltet hat, in Vergleich gesetzt werden zu der wirtschaftlichen Lage vor Beginn der Hilfsdienstätigkeit. Da die Verhältnisse schwanken können, würde es an sich zweckmäßig sein, stets die Verhältnisse während je eines ganzen Jahres miteinander zu vergleichen. Soweit es sich um die Hilfsdienstzeit handelt, wird dies im Hinblick auf ihre kürzere Dauer zur Zeit überhaupt noch nicht und späterhin auch nur bei einem Teile der Fälle möglich sein. Es wird daher die wirklich im Hilfsdienst verbrachte Zeit bis zur Höchstdauer eines Jahres einzusetzen und zum Vergleich ein gleich großer Zeitraum aus der Zeit vor der Hilfsdienstätigkeit heranzuziehen sein. Letzteres soll aber nicht in der Weise geschehen, daß, wenn beispielsweise die Hilfsdienstätigkeit 7 Monate gedauert hat, diese 7 Monate mit den letzten 7 Monaten vor Beginn des Hilfsdienstes verglichen werden. Vielmehr sind die Einkommensverhältnisse während eines ganzen Jahres vor dem Hilfsdienst zu ermitteln und $^7/_{12}$ davon für den Vergleich zu verwenden. Daß auf diese Weise ein zutreffenderes Ergebnis gewonnen werden kann, zeigt sich ohne weiteres, wenn man z. B. an die Verhältnisse von Saisonarbeitern denkt. Da es häufig schwer sein wird, nachträglich noch die wirtschaftlichen Verhältnisse eines einzelnen Arbeiters in der maßgeblichen früheren Zeit genau festzustellen, so gibt die Verordnung hier zur Erleichterung für die Kommission des Lieferungsverbandes die Möglichkeit, in geeigneten Fällen die leichter zu ermittelnden Verhältnisse eines gleichartigen Arbeiters zum Vergleich heranzuziehen.

Besondere Rücksicht wird dabei auf die nicht seltenen Fälle genommen, in denen der Beschäftigte vor Übernahme des Hilfsdienstes nicht seiner gewöhnlichen Beschäftigung nachgegangen, sondern im Kriegs-, Sanitäts- usw. Dienste verwendet worden ist. Die Einnahmen der Kriegsteilnehmer in den unteren Dienstgraden pflegen meist geringer zu sein, als diejenigen, welche sie im Hilfsdienst beziehen. Deshalb würde, wenn man hier die ersteren zum Vergleich benutzen müßte, eine Verschlechterung in der Regel nicht festzustellen sein. Zur Vermeidung von Unbilligkeiten sollen daher hier für die Zeit vor dem Hilfsdienst die Verhältnisse eines gleichartigen Arbeiters stets dann zum Vergleich verwendet werden, wenn dies für den Anspruch auf Wochenhilfe günstiger ist, d. h., wenn nicht ausnahmsweise der Beschäftigte sich während der Kriegsdienstleistung besser gestanden hat, als der für den Vergleich zu verwendende gleichartige Beschäftigte. Als „gleichartige" Arbeit ist hier die zu verstehen, welche der Hilfsdienstätige vorher in seiner regelmäßigen Berufsstellung verrichtet haben würde, wenn er nicht militärisch eingezogen worden wäre.

Es liegt auf der Hand, daß bei den hier notwendigen Feststellungen nicht immer nach ziffermäßig genauen Ermittlungen vorgegangen werden kann. Dem vernünftigen und billigen Ermessen des Feststellungsorgans ist daher hier ein weiter Spielraum gelassen, worauf der Eingang des Paragraphen auch hinweist. Freilich muß, wie § 2 ausdrücklich feststellt, die Verschlechterung der Wirtschaftslage „nachweislich" eingetreten sein, und die Führung dieses Nachweises ist in erster Reihe Sache dessen, der den Anspruch auf die Reichswochenhilfe erhebt. Dies schließt aber nicht aus, daß das Feststellungsorgan ihn dabei nach Möglichkeit unterstützt und in geeigneten Fällen ein noch lückenhaft gebliebenes Beweismaterial auch durch Erhebungen von Amtswegen ergänzt.

Zu § 7. — Die hier für die Annahme des Bedürfnisses nach der Wochenhilfe festgesetzte Höchstgrenze des Einkommens entspricht der Zahl nach derjenigen, bis zu welcher die Bekanntmachung vom 23. April 1915 das Vorliegen eines Minderbemitteltseins anerkennt. Die Grenze von 2500 ℳ gilt für Verheiratete, wobei das Einkommen beider Eheleute zusammenzurechnen ist.

Bei der Zubilligung der Wochenhilfe nach § 4 wird von der Annahme ausgegangen, daß der Vater grundsätzlich zum Unterhalte des Kindes beizutragen hat und daß ihm dies durch die Verschlechterung seiner Wirtschaftslage und die Geringfügigkeit seiner Einnahmen erschwert oder unmöglich gemacht wird. Dies bedingt es, daß für die Frage des Bedürfnisses auch die Verhältnisse des Vaters des unehelichen Kindes in gleicher Weise, wie in den Fällen des § 2 diejenigen des Ehemannes, in Betracht zu ziehen sind. Außerdem muß aber das Bedürfnis auch nach den eigenen Verhältnissen der unehelichen Mutter selbst gegeben sein. Dementsprechend hängt hier die Annahme eines Bedürfnisses von der Grenze für das Einkommen sowohl des Vaters als der Mutter ab.

Im übrigen ergibt die Fassung des § 7, daß bei einem Einkommen unter den bezeichneten Grenzen die Beihilfe nicht unter allen Umständen gewährt werden muß. In billigen Gegenden, namentlich auf dem Lande, und bei geringer Kinderzahl kann unter Umständen auch ein Einkommen von weniger als 2500 und 1500 ℳ ausreichen, um auch im Entbindungsfall eine außerordentliche Beihilfe entbehrlich zu machen. Auf der anderen Seite geben die Worte „in der Regel" dem Feststellungsorgane die Möglichkeit, bei besonders ungünstig liegenden Umständen umgekehrt die Beihilfe auch beim Vorhandensein eines höheren Einkommens zuzusprechen. Es wird dies aber stets die Ausnahme zu bilden haben und jeweilig einer besonders eingehenden Begründung bedürfen.

Digitized by Google

In der Regel wird von dem Einkommen desjenigen Jahres auszugehen sein, welches der Niederkunft vorangegangen ist. Wo sich aber im Laufe dieses Jahres die Einkommensverhältnisse der Wöchnerin wesentlich und in einer Weise verschoben haben, die auch in der Zeit nach dem Wochenbette noch Fortdauer verspricht, kann es ausnahmsweise angezeigt sein, das Jahreseinkommen nach dem geänderten Einkommen zu berechnen.

Zu § 8. — Von der strengen versicherungsrechtlichen Regel, daß alle Voraussetzungen des Anspruchs zu dem Augenblicke gegeben sein müssen, wo der Versicherungsfall eintritt, hat bereits § 10 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 und, ihm folgend § 22 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 eine Ausnahme zugelassen. Danach verschafft der Eintritt des Vaters des Kindes in den Kriegs- usw. Dienst auch dann, wenn er erst nach der Niederkunft erfolgt, der Wöchnerin noch den Anspruch auf einen Teil der Wochenhilfe, nämlich auf das Wochen- und Stillgeld für den von da ab noch laufenden Rest der Bezugszeit nach der Niederkunft. Hier liegt die Sache insoweit etwas anders als bei der Kriegswochenhilfe, als nach §§ 2 und 4 eine bestimmte Dauer einer vorausgegangenen gleichartigen Tätigkeit zu fordern ist, auf die natürlich auch bei den in Rede stehenden Sonderfällen nicht verzichtet werden kann. In Betracht kommt hierbei also immer nur die Wiederaufnahme, nicht die Neuaufnahme einer Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst. Dagegen liegt es in den Fällen, in denen gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 der Hilfsdienst erst nach der Niederkunft aufgenommen wird, ebenso wie da, wo solches beim Kriegsdienst stattfindet. Hinsichtlich des Bezuges des Wochen- und Stillgeldes für den Rest der Bezugszeit sind diese Fälle ebenso zu behandeln, wie die ersterwähnten.

Zu §§ 9 ff. — Mit § 9 beginnt die schon erwähnte Übernahme von Vorschriften aus der Verordnung vom 23. April 1915. Diese das Verfahren betreffenden Vorschriften haben sich in der Praxis eingelebt. Es wird daher hier genügen, nur die vorgenommenen Änderungen zu erläutern.

§ 9 deckt sich wörtlich mit dem § 5 a. a. O.

Die ersten drei Absätze des § 10 entsprechen dem § 6 a. a. O. Der neue, vierte Absatz trägt dem Umstand Rechnung, daß hier die Krankenkassen wegen ihrer eigenen Pflicht zu Leistungen der Wochenhilfe stärker beteiligt sind, als in den Fällen der Bekanntmachung vom 23. April 1915. Die Mitwirkung der Krankenkassen, Arbeitgeber und See-Berufsgenossenschaft als Übermittler der Anträge muß hier zur Vermeidung von Doppelzahlungen in stärkerem Maße in Anspruch genommen werden, weil hier die Ehemänner der Wöchnerinnen wegen der Beschäftigung im Hilfsdienst überwiegend selbst der Krankenversicherung unterstehen und deshalb die Wöchnerin vielfach einen satzungsmäßigen Anspruch auf Wochenhilfe als Familienhilfe haben wird.

Es muß nach Möglichkeit vermieden werden, daß die ohnehin stark in Anspruch genommenen Lieferungsverbände mit sachlich von vornherein unbegründeten Anträgen überhäuft werden. Nach den bei anderen Anlässen gemachten Wahrnehmungen wird der Anspruch sehr häufig auf Grund der bloßen Tatsache erhoben werden, daß eine Beschäftigung im Hilfsdienst stattfindet, während die sonstigen Voraussetzungen unbeachtet bleiben. Letzteres dürfte vor allem hinsichtlich der erforderten Verschlechterung der Wirtschaftslage der Fall sein. Wird von vornherein eine nähere Begründung dieses Umstandes als wesentlicher Bestandteil der Eingabe gefordert, so sind die Antragsteller genötigt, sich über den fraglichen Punkt klar zu werden. Manche unbegründeten Anträge werden infolgedessen unterbleiben, die trotzdem eingehenden können ohne weiteres abgewiesen werden (vgl. § 15). Aber auch sachlich berechtigte Anträge werden alsbald in vollständigerer Form gestellt werden, so daß zeitraubende Rückfragen vermieden werden können. Hieraus rechtfertigt sich die Vorschrift des § 11.

Der § 12 entspricht dem § 7 der älteren Bekanntmachung. Er trägt dem Umstand Rechnung, daß die Wöchnerin sich in manchen Fällen im Ausland aufhalten wird, wo kein für die Erledigung des Antrags zuständiger Lieferungsverband besteht.

§ 13 entspricht dem älteren § 8, ebenso § 14 dem § 9 mit der wegen der möglichen Kassenmitgliedschaft des Ehemannes sich ergebenden Ergänzung. Im § 15 bezieht sich das Recht des Vorsitzenden zur alleinigen Entscheidung nur auf den Fall des § 11; die im § 10 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 dem Vorsitzenden zugewiesenen Fälle kommen hier nicht vor. § 16 stimmt mit § 11 der alten Bekanntmachung überein, nur wird der Bescheid des Vorsitzenden nicht erwähnt, der hier ja nicht endgültig, sondern nur „angebrachtermaßen" entscheidet. § 17 deckt die alten §§ 12 und 13, der letzte Satz des § 13 ist in seinem ersten Teile als hier nicht praktisch weggelassen. §§ 18, 19 entsprechen wörtlich den §§ 14, 15 a. a. O. Die §§ 16 bis 19 der alten Bekanntmachung kommen hier nicht in Frage, da im Hinblick auf die erforderliche Beschäftigungszeit vor der Entbindung eine auch nur teilweise Rückwirkung auf Entbindungsfälle ausgeschlossen ist, bei denen die Bezugszeit am Tage des Inkrafttretens dieser Verordnung bereits abgelaufen sein würde. § 20 der älteren Verordnung regelt eine hier nicht zur Erörterung stehende Frage. § 20 der Verordnung deckt sich mit § 21 der Bekanntmachung vom 23. April 1915, § 21 mit derjenigen des § 22 a. a. O. Die Bezugnahme auf § 10 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 erübrigt sich im Hinblick auf § 8 Abs. 2. Die Verordnung ist mit dem Tage ihrer Verkündung im Reichs-Gesetzblatt, d. h. dem 9. Juli d. J., in Kraft getreten.

Von der Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands

haben wir im Heft 30 S. 704 bereits kurz berichtet. Im folgenden ergänzen wir unsere Mitteilung durch einige für unsere Leser besonders wichtige Verhandlungsergebnisse.

Der Verbandsvorsitzende Dr. Hartmann bezeichnete in seiner Eröffnungsrede als Grund der Tagung während des Krieges „die vielen Angriffe, welche die Krankenkassenvertreter immer häufiger gegen die deutsche Ärzteschaft richten". Bisher habe der Verbandsvorstand dazu geschwiegen, nicht aus Schwäche, sondern um den Frieden zu wahren. — Demnächst führte der Vorsitzende in seinem Vortrag über „Das Verhältnis zu den Kassenverbänden und Krankenkassen" u. a. aus: Wenn schwache Gemüter unter den Ärzten in den ärztlichen Fachzeitschriften jetzt nach der Verstaatlichung der Ärzte rufen, so bleibe der Verbandsvorstand fest auf dem Beschlusse der deutschen Ärztetage, daß nur freie und unabhängige Ärzte dem Kranken erfolgreich Hilfe leisten können. Den Krankenkassen werde die Verstaatlichung die vielgepriesene

Digitized by Google

Selbstverwaltung kosten und die Kosten der ärztlichen Behandlung würden viel höher werden. Die Durchführung des „Berliner Abkommens" vom 23. Dezember 1913 zwischen dem Ärzteverband und den großen Krankenkassenverbänden habe sich durch den Krieg verzögert, zum Teil hätten auch die Krankenkassenverbände Hindernisse bereitet. Die Regierung habe auch in verschiedenen Fällen versagt. Schließlich wurde zu diesem Verhandlungsgegenstande folgende Entschließung angenommen:

„1. Die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes hält bei ordnungsgemäßer Durchführung des Berliner Abkommens vom 22./23. Dezember 1913 die Errichtung einer oberen Schiedsinstanz für überflüssig und lehnt deshalb das von den Kassenverbänden vorgeschlagene Zentralschiedsamt ab.

2. Es ist unabweisliche Pflicht der Ärztevereine und der kassenärztlichen Organisationen, darüber zu wachen, daß kein Kassenarztvertrag abgeschlossen wird, der nicht die Anerkennung des gemäß Ziffer 11 des Berliner Abkommens zu leistenden Zuschlags zum Arzthonorar als Vertragsbestimmung enthält.

3. Die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes spricht dem Vorstand ihr Vertrauen aus, und billigt es, daß er trotz der immer schärferen Angriffe seitens der Krankenkassenverbände bisher allenthalben Zurückhaltung geübt hat, für die Wahrung des Burgfriedens eingetreten und für die weitere sachgemäße Durchführung des Berliner Abkommens bemüht gewesen ist. In dieser Haltung läßt sie sich auch durch die herausfordernden Beschlüsse des Dresdener Ortskrankenkassentages nicht beirren, deren Ziel kein anderes sein kann, als die Zertrümmerung der ärztlichen Organisation.

4. Der Versuch, den behandelnden Arzt zum Staatsbeamten zu machen oder ihn als Kassenbeamten in die Sozialversicherung einzugliedern, wird denselben Mißerfolg haben wie das System des beamteten Kassenarztes. Abgesehen von der gewaltigen Erhöhung der Kosten und der mit ihr verbundenen Bureaukratisierung der Versicherungsträger würde sie nur zum Schaden der Versicherten erfolgen. Nur der Arzt wird seine Tätigkeit erfolgreich ausüben, der seinen Kranken als freier und unabhängiger Berater gegenübertreten kann."

Die unter Punkt 2 erwähnte Ziffer 11 des Berliner Abkommens betrifft die Abführung der 5 ₰ pro Jahr und Kassenmitglied zur Ansammlung eines Fonds, aus dem die „ärztlichen Nothelfer" abgefunden werden sollen. Bis Ende des Jahres 1916 sind von den Krankenkassen in den Fonds rund vier Millionen Mark gezahlt worden. Die Ärzte haben einen gleichen Beitrag entrichtet. Etwa ein Fünftel sämtlicher Krankenkassen hat sich bisher geweigert, den Fünfpfennigzuschlag zu entrichten. Es wird noch etwa der doppelte Betrag aufzubringen sein, um alle „ärztlichen Nothelfer" abzufinden.

Zum „Verhältnis zu den Landesversicherungsanstalten" sprach Dr. Dippe-Leipzig. Durch die Fürsorgeeinrichtungen der Versicherungsanstalten sollen die Volkskrankheiten bekämpft werden. Dabei dürfe aber keine eigentliche ärztliche Behandlung geleistet werden. Nach längerer Aussprache wurde hierzu folgende Entschließung angenommen:

„Von der Notwendigkeit planmäßiger Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten während und nach dem Kriege sind die im Leipziger Verbande organisierten Ärzte ebenso durchdrungen wie die Versicherungsträger. Die 15. Hauptversammlung ist deshalb bereit, diese Bestrebungen mit allen Kräften zu unterstützen, weist aber nachdrücklich auf die ernsten Gefahren hin, die dort entstehen müssen, wo die Beratungsstellen ohne Verständigung mit der berufenen Vertretung der Ärzteschaft gegründet werden."

Zur „Frage einer allgemeinen Honorarerhöhung und Taxfragen" wurde beschlossen:

„a) Mit Rücksicht auf das andauernde und beträchtliche Sinken des Geldwertes und die infolgedessen von allen Bevölkerungskreisen für notwendig erachtete allgemeine Erhöhung des Einkommens hält die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes auch die Forderung der deutschen Ärzte nach einer angemessenen Aufbesserung der Vergütung auf allen Gebieten ihrer Tätigkeit für berechtigt und dringend. Bei der Unmöglichkeit, die weitere Entwicklung des Geldwertes in der nächsten Zeit zu übersehen, erachtet die Versammlung es insbesondere für ihre Pflicht, vor dem Abschluß von Verträgen zu warnen, in denen die Bezüge auf längere Zeit festgelegt sind.

b) In Anbetracht der vom Deutschen Ärztetag in Aussicht genommenen Schaffung einer ärztlichen Reichsgebührenordnung mit besonderer Berücksichtigung der kassenärztlichen Tätigkeit, erachtet die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes die Bestrebungen zur Abänderung der jetzt gültigen bundesstaatlichen Gebührenordnungen nicht für zweckmäßig, sondern empfiehlt deren Zurückstellung, bis der Ärztetag nach Wiederaufnahme seiner Arbeit über die Durchführung seiner Absicht im einzelnen Beschluß gefaßt haben wird."

Zum „Tarif mit den Ersatzkassen" wurde beschlossen:

„Unter Bezugnahme auf die von ihr bereits anerkannte Notwendigkeit einer den Zeitverhältnissen entsprechenden Aufbesserung des ärztlichen Einkommens hält die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes die Festlegung eines Kriegszuschlages auf die jetzt nach dem Tarifvertrag mit den kaufmännischen Ersatzkassen gültigen Sätze für Besuche und Beratungen für erforderlich. Unter der Voraussetzung der Bewilligung eines solchen Zuschlages in angemessener Höhe erklärt die Versammlung ihre Zustimmung zu den vereinbarten Abänderungen in der Berechnung einiger Sonderleistungen."

Bemerkenswert ist auch folgender Beschluß zu den Beamtenkassen und Kassen für Selbständige:

„Die 15. Hauptversammlung des Leipziger Verbandes beschließt, in dem Bericht der Wirtschaftlichen Abteilung des Deutschen Ärztevereinsbundes auf dem nächsten Ärztetage die Frage der Krankenkassen für Beamte und andere Kreise des Mittelstandes zur erneuten Beratung und Beschlußfassung durch den Ärztetag zu bringen. Bis dahin sollen die ärztlichen Organisationen wie einzelne Ärzte unter Hinweis auf die Beschlüsse des Ärztetages zu Halle a. S. den Abschluß von Verträgen mit solchen Krankenkassen vermeiden."

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Rechtslage, wenn statt Kriegswochengeldes Anstaltspflege gewährt ist.

1. Nach Stettin. Berichtigung: In der Auskunft im Heft 27 S. 647, 648 (Ziff. 7) sind durch ein Versehen beim Druck einige Zeilen ausgefallen. Es muß (S. 648) heißen: Vielmehr liegt die Sache so, daß die Wöchnerin, weil sie die Anstaltspflege auf Kosten der Kasse ohne rechtlichen Grund erhalten hat, insoweit der Kasse nach § 812 BGB. ersatzpflichtig, anderseits aber zur Forderung des Wochengeldes, das doch nur im Fall einer gesetzmäßigen Anstaltspflege als abgegolten angesehen werden kann, befugt ist . . .

Einfluß der Abfindung eines Unfallverletzten auf die Ersatzansprüche der Krankenkasse.

2. Nach Essen. Antwort: Die Kasse kann Ersatz von der Berufsgenossenschaft nur insoweit verlangen als für die gleiche Zeit ein Anspruch an die Berufsgenossenschaft bestand. Ist aber der Verletzte von dieser nach Maßgabe des § 616 RVO. abgefunden worden, so hat er an sie keinen Anspruch mehr, auch dann nicht, wenn später Arbeitsunfähigkeit infolge jenes Unfalls eintritt. Darum muß die Kasse das volle satzungsmäßige Krankengeld zahlen und darf nicht etwa einen verhältnismäßigen Betrag der von der Berufsgenossenschaft gewährten Abfindung abziehen.

Beschränkung der Krankenhilfe nach § 188 RVO. bei Wechsel der Kassenzugehörigkeit.

3. Nach Recklinghausen. Frage: Kann ein Kassenmitglied, welches nach § 188 RVO. auf die Dauer von 12 Monaten nur Anspruch auf die Regelleistungen und für die Gesamtdauer von 13 Wochen hat, diesen Anspruch, wenn es innerhalb dieser 12 Monate mehrfach die Kasse wechselt, gegebenenfalls gegen jede Kasse voll geltend machen, oder beschränkt sich der Anspruch gegen alle in Betracht kommenden Kassen (soweit sie die entsprechende Satzungsbestimmung haben) auf insgesamt 13 Wochen? Die Bejahung in letzterem Sinne würde unseres Erachtens dem Zwecke des § 188 entsprechen.

Antwort: Wir schließen uns Ihrer Auffassung an. Ganz zweifelsfrei ist sie im Hinblick auf § 212 RVO. dann, wenn der Versicherte innerhalb der nächsten 12 Monate die Kasse wechselt, während er Kassenleistungen bezieht. Aber auch wenn dies nicht der Fall ist, muß er sich die Zeit, für die er bereits von einer Kasse in den 12 Monaten Leistungen bezogen hatte, in einem weiteren innerhalb dieser 12 Monate eintretenden Versicherungsfalle bei einer anderen Krankenkasse auf die 13 Wochen anrechnen lassen. Dafür spricht zunächst schon die Fassung des § 188, wonach die Krankenhilfe im Laufe der 12 Monate auf die „Gesamtdauer" von 13 Wochen beschränkt sein soll; ferner aber auch der Zweck der Vorschrift, die einer übermäßigen Ausbeutung der Krankenkassen durch chronisch Kranke vorbeugen will — ein Zweck, den der Versicherte vereiteln könnte, wenn er durch einen Wechsel der Beschäftigung sich immer wieder einen neuen Anspruch für volle 13 Wochen gegen eine andere Krankenkasse verschaffen könnte.

Ersatzanspruch der Kasse gegen den Urheber eines Unfalles.

4. Nach X. Antwort: Soweit die Krankenkasse Krankenpflege gewährt hat, bestimmt sich der Ersatzanspruch nach §§ 1542, 1503 RVO. § 1542 RVO. setzt voraus, daß dem Verletzten ein Dritter nach anderen gesetzlichen Vorschriften, als nach der RVO., haftet, und in der Tat ist die Straßenbahngesellschaft in dem geschilderten Fall nach dem Reichshaftpflichtgesetz ersatzpflichtig. Nach diesem aber hat sie ihm die Kosten der Heilung zu ersetzen. Der Ersatzanspruch geht nun nach § 1542 RVO. auf die Kasse über, soweit sie dem Verletzten Krankenpflege zu gewähren hat. Sein Umfang bemißt sich jedoch hierbei nicht nach dem wirklichen Aufwand, sondern der Kasse müssen, wie §§ 1542 Abs. 2, 1503 unzweideutig bestimmen, für Krankenpflege $^3/_5$ des Grundlohns ersetzt werden. Ebenso Amtsgericht Solingen in ArbVers. 1917 S. 8.

Zuständige Krankenkasse für Gendarmen.

5. Nach O. Antwort: Beschäftigungsort ist nach § 153 Abs. 1 RVO. grundsätzlich der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Da die Beschäftigung der vertretungsweise wieder in Dienst genommenen pensionierten Gendarmeriewachtmeister keinesfalls im Stadtbezirk, sondern ausschließlich innerhalb des Landkreises stattfindet, und da der Landkreis den Bezirk einer allgemeinen Ortskrankenkasse für sich bildet, so haben die Wachtmeister dieser Kasse anzugehören (§ 234). Daß sie in der Stadt, für die eine andere allgemeine Ortskrankenkasse besteht, wohnen, ist ohne Belang. Für die Anwendung des § 154 oder des § 155 fehlen die Voraussetzungen, da ein „Betriebssitz" oder eine „Betriebsverwaltung" für die Diensttätigkeit der Gendarmen nicht in Frage kommt.

Keine Fortzahlung der Kassenbeiträge aus § 397 Abs. 1 RVO. im Falle der Arbeitsunfähigkeit.

6. Nach Osterholz. Antwort: Entgegen der Meinung von Goerlitz in ArbVers. 1914 S. 853 nehmen wir an, daß Beiträge wegen unterlassener Anmeldung gemäß § 397 Abs. 1 RVO. nicht zu entrichten sind, solange die Kasse dem arbeitsunfähigen Versicherten Krankenhilfe zu gewähren hat (§ 383 RVO.). Auch wenn man den Grund der

Digitized by Google

Fortzahlungspflicht aus § 397 im Anmeldungsverzuge findet (so Goerlitz), darf man nicht außer acht lassen, daß das Gesetz, indem es als Folge des Verzuges die Pflicht zur „Fortzahlung" aufstellt, deutlich genug erkennen läßt: Hinsichtlich der Beitragspflicht soll das Beschäftigungsverhältnis bis zur Abmeldung als fortbestehend angesehen werden. Daraus folgt, daß der Arbeitgeber die Beiträge in dem Umfange, aber auch nur in dem Umfange weiter zu entrichten hat, wie er sie zu entrichten hätte, wenn das Beschäftigungsverhältnis tatsächlich noch fortdauerte. Folglich muß ihm auch § 383 zustatten kommen, wonach bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten sind.

Kostenpflicht des obsiegenden Klägers, wenn keine Veranlassung zur Klage gegeben war (§ 93 ZPO.).

7. **Nach B.** Antwort: Es ist selbstverständlich, daß der Ersatzkasse eine Leistung nur zugemutet werden kann, wenn sie in die Lage versetzt wird, die tatsächlichen und rechtlichen Grundlagen des Anspruchs zu prüfen. Deshalb ist ihr Verlangen, daß ihr zunächst durch Mitteilung des ärztlichen Zeugnisses, dessen Kosten sie tragen soll, die Prüfung dieses Anspruchs ermöglicht werde, begründet. Sollte die Mitteilung des Zeugnisses (in Urschrift oder Abschrift) abgelehnt werden, so empfehlen wir, es auf den Prozeß ankommen zu lassen. In diesem würde die Anstalt zur Begründung der Klage das Zeugnis vorlegen müssen. Rechtfertigt der Inhalt des Zeugnisses den erhobenen Anspruch, so würde die Kasse diesen nunmehr zwar sofort anzuerkennen haben, zugleich aber beantragen können, daß die Kosten des Prozesses der Klägerin auferlegt werden, weil die Kasse durch ihr Verhalten keine Veranlassung zur Klage gegeben hat. Zu vgl. § 93 ZPO.

a) Die Kriegswochenhilfe und Krankenpflege bei Schwangerschaftsbeschwerden; b) Kriegsunterstützung als Voraussetzung der Kriegswochenhilfe für die nichtversicherte uneheliche Mutter.

8. **Nach Kempten.** Antwort: a) Macht sich infolge von Schwangerschaftsbeschwerden ärztliche Behandlung notwendig, so ist für diese der Wöchnerin als Kriegswochenhilfe der Betrag von 10 ℳ zu gewähren. Dieser Anspruch kann ihr nun grundsätzlich nicht dadurch verloren gehen, daß die Beschwerden so stark werden, daß sie den Charakter einer Krankheit im Sinne der Krankenversicherung annehmen. Nur besteht in einem solchen Falle gleichzeitig der Anspruch auf Krankenpflege, und wenn diese gewährt wird, so wird dadurch zugleich der Anspruch auf die Schwangerenbeihilfe befriedigt und zwar durch die Kasse. Diese kann daher unter entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 2 Bekanntmachung vom 3. Dezember 1917 Erstattung der Kosten bis zu 10 ℳ vom Reich verlangen, wenn sie genötigt ist, wegen der den Charakter einer Krankheit annehmenden Schwangerschaftsbeschwerden Krankenpflege zu gewähren.

b) Für ein uneheliches Kind einer Nichtversicherten ist nach der Bekanntm. vom 23. April 1915 nur dann Kriegswochenhilfe zu gewähren, wenn die Kriegsunterstützung gezahlt wird. Die Ablehnung des Antrages durch den Lieferungsverband ist demnach gerechtfertigt. Die Feststellung der Vaterschaft ist zwar Voraussetzung für die Kriegsunterstützung, begründet aber allein, solange diese nicht gewährt wird, keinen Anspruch auf die Kriegswochenhilfe. Die Zahlung der Kriegsunterstützung nach Ablauf der Wochenhilfezeit begründet nicht nachträglich den Anspruch auf Kriegswochenhilfe.

Einrichtung einer Badeanstalt durch die Kasse.

9. **Nach Te.** Frage: Die Kasse beabsichtigt, ein Hausgrundstück mit einer Badeeinrichtung zu erwerben. Da diese nur bei großem Betriebe rentabel sein würde, wird beabsichtigt, sie nicht nur durch Kassenmitglieder, sondern auch durch Privatpersonen gegen Entgelt benutzen zu lassen. Ist die Kasse berechtigt, den Betrieb einzurichten und erforderlichenfalls Zuschüsse zur Unterhaltung zu gewähren?

Antwort: Eine Badeanstalt dient zweifellos der allgemeinen Krankheitsverhütung. Daher dürfen zu ihrem Betrieb die Mittel der Kasse verwendet werden (§ 363 RVO.). Dieser muß es auch unbenommen sein, zur Verringerung der Kosten die Einrichtung dritten Personen gegen Entgelt zur Verfügung zu stellen (vgl. ArbVers. 1916 S. 238 Ziff. 6).

Leistungspflicht der Kasse nach Übernahme der Fürsorge durch die Berufsgenossenschaft.

10. **Nach Glauchau.** Antwort: Es ist nicht gerechtfertigt, wenn Kassen nach Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall ihre Leistungen ohne weiteres einstellen, sobald die Berufsgenossenschaft die Fürsorge für den Verletzten übernommen hat. Denn nach § 1501 RVO. wird die Pflicht der Kasse zur Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen nicht dadurch berührt, daß die Berufsgenossenschaft zur Unfallentschädigung verpflichtet ist, und auch das tatsächliche Eintreten der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge enthebt die Kasse keineswegs ihrer fortdauernden Leistungspflicht, sondern berechtigt sie nur, auf ihre Leistungen nach näherer Vorschrift des § 1510 die Unfallentschädigung anzurechnen oder, wenn die Satzung der Kasse eine dem § 1511 entsprechende Bestimmung enthält, das Krankengeld um den vollen Betrag der Unfallrente zu kürzen.

Umfang der Kostenpflicht einer Krankenkasse bei Krankenhauspflege.

11. **Nach Gottleuba.** Antwort: Wenn Ihre Kasse mit bestimmten Krankenhäusern bestimmte Vergütungssätze für die Verpflegung und ärztliche Behandlung vereinbart hat, so betrifft das eben nur das Verhältnis zwischen der Kasse und jenen Krankenhäusern. Wenn im Einzelfalle nach der Art der Krankheit die Einweisung in ein anderes Krankenhaus, insbesondere in eine Klinik für Augenkranke zum Zweck einer Operation erforderlich war und die Kasse die Krankenhauspflege angeordnet oder bewilligt hat (§ 184 RVO.), so muß sie auch die vollen Kosten dafür tragen, und es fehlt an jedem Rechtsgrunde für einen Anspruch an den Gemeindeverband auf Erstattung des Mehrbetrages über die sonst im Falle der Krankenhauspflege üblichen Vergütungssätze hinaus.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1901 von L. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. L. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1190 der ganzen Folge.

24. Jahrgang | 11. November 1917 | Heft 32

Änderung der Wartezeit in der Invalidenversicherung für Kriegsinvaliden?

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

In der Deutschen Juristen-Zeitung (Jahrgang 1917 Sp. 677) regt Dr. Schmidt eine Änderung der Vorschriften der RVO. über die Erfüllung der Wartezeit bei der Invalidenversicherung zugunsten der Kriegsinvaliden an, und zwar fordert er zunächst Beseitigung des § 1443, wonach Beiträge nach Eintritt der Invalidität nicht mehr entrichtet werden dürfen. Zur Begründung macht Schmidt geltend, die Vorschrift des § 1443 könne eine große Härte bedeuten, wenn ein Versicherter durch seine Teilnahme am Kriege invalide werde, bevor er die Wartezeit erfüllt habe. Dann sei ihm nach § 1443 die Erfüllung der Wartezeit überhaupt nicht mehr möglich; er könne also den Rentenanspruch nie erwerben. Ferner fordert Schmidt, daß für alle durch die Teilnahme am Kriege invalide gewordenen Versicherten die Wartezeit allgemein nur 200 Beitragswochen betragen dürfe, ohne Rücksicht darauf, ob die in § 1278 Ziffer 1 geforderten 100 Wochenbeiträge nachgewiesen seien oder nicht; denn je länger der Krieg dauere, desto häufiger werde der Fall eintreten, daß zwar ein Kriegsbeschädigter unter Anrechnung seiner Militärzeit 200 Beitragswochen nachweisen könne, daß er aber vor dem Kriege weniger als 100 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht beigebracht habe.*)

Zweifellos haben die Ausführungen Schmidts etwas Bestechendes und werden in ihrem Bestreben, den Kriegsbeschädigten in möglichst weitem Umfange die Vorteile aus der Invalidenversicherung zuzuführen, überall auf Sympathie stoßen. Trotzdem muß dringend davor gewarnt werden, in dem von Schmidt angeregten Sinne Sondervorschriften für die Kriegsinvaliden zu erlassen. Wenn die Versorgung der Kriegsinvaliden allein auf der Invalidenversicherung beruhen würde, wäre gegen Schmidts Vorschlag nichts einzuwenden. Aber bekanntlich ist es nicht die Aufgabe der Invalidenversicherung, Schäden an der Erwerbsfähigkeit von Kriegsteilnehmern auszugleichen, vielmehr kann dies nur insoweit in Frage kommen, als die Einbußen an der Erwerbsfähigkeit durch Kriegsteilnahme genau so behandelt werden, wie die Einbußen infolge von Krankheit, Unfall usw. Seit Kriegsbeginn bestand daher kein Zweifel darüber, daß die durch den Kriegsdienst invalide gewordenen Versicherten ebenso beurteilt werden mußten, wie die anderen Versicherten. Ebenso war man sich darüber klar, daß die Frage der Invalidität nach denselben Grundsätzen wie bei den Nicht-Kriegsteilnehmern geprüft werden mußte. Die Schätzungen der

*) Hier ist offenbar übersehen, daß bei denjenigen, die vor dem Beginn der Kriegsdienstleistung zu den Pflichtversicherten gehörten, die Zeit der militärischen Dienstleistung auch auf die 100 Beitragswochen angerechnet wird (A. N. 1906 S. 662 Nr. 1292).

Digitized by Google

Militärbehörde bei der Kriegsversorgung waren hierfür durchaus nicht maßgebend.

Damit nicht genug, hat der Gesetzgeber allgemein den Grundsatz aufgestellt, daß kein Versicherter in der Aufrechterhaltung und Fortsetzung seines Versicherungsverhältnisses durch die Teilnahme am Kriege Schaden erleiden solle. Infolgedessen hat der Bundesrat in Gemäßheit der ihm durch das Ermächtigungsgesetz vom 4. August 1914 eingeräumten Befugnis bekanntlich in weitem Umfange die Anrechnung der Kriegsdienstzeiten als Beitragszeiten ausgesprochen und sonstige Erleichterungen den Kriegsbeschädigten gewährt. Wie die Invalidenversicherung auch abgesehen von der Rentengewährung unseren Kriegsbeschädigten zugute kommt, wie die Versicherungsträger es sich angelegen sein lassen, alle Einrichtungen zum Nutzen der Kriegsbeschädigten zur Verfügung zu stellen, das hat der Präsident des Reichsversicherungsamts in verschiedenen Schriften in eindringlicher Weise geschildert. Wir dürfen nicht übersehen, daß die Einrichtungen der Versicherungsträger, insbesondere für Durchführung des Heilverfahrens, noch geraume Zeit nach dem Kriege sehr stark in Anspruch genommen werden. So mancher, der nicht als „Kriegsbeschädigter" im Sinne der Militärversorgungsgesetze anzusprechen ist, wird zur Kräftigung der Gesundheit oder zur Beseitigung von Gesundheitsstörungen, wie Rheumatismus, Nervenschwäche usw., die Hilfe der Versicherungsträger anrufen und auch erhalten. Für diese Aufgabe sind die Versicherungsträger gerüstet und werden sie freudig und gewissenhaft übernehmen.

Was jetzt Schmidt fordert, läuft letzten Endes darauf hinaus, die Vorschriften über die Wartezeit überhaupt umzustoßen und damit an den erprobten Grundlagen der Invalidenversicherung in bedenklicher Weise zu rütteln. Nehmen wir an, es hätte ein Kriegsinvalide unter Anrechnung der Kriegsdienstzeit 150 gültige Beitragswochen nachgewiesen, so würde er nach Schmidts Vorschlag die Möglichkeit haben, durch Zahlung von $50 \times 18 = 9$ ℳ, also einer ganz minimalen Summe, einen Anspruch auf Invalidenrente sich zu sichern. Es widerspricht dem ganzen Aufbau unserer Invalidenversicherung, daß es nach Eintritt des Versicherungsfalls in das Belieben des Versicherten gestellt werden soll, ob er eine Rente sich durch Zahlung einer geringen Summe beschaffen will oder nicht. Da die nachträgliche Zahlung der Beiträge für die an der Wartezeit fehlenden Beitragswochen versicherungstechnisch nicht als Prämienzahlung gelten kann, könnte man ebensogut von jeder Wartezeit absehen. Setzen wir den Fall, daß jemand eine Marke III. Klasse auf Grund der Versicherungspflicht verwendet hat, dann zum Kriegsdienst eingezogen und schon nach einer Woche, z. B. bei der Abwehr eines Fliegerüberfalls, schwer verwundet und dadurch invalide wird, dann hätte er nur 2 anrechnungsfähige Beitragswochen nachzuweisen. Nach Schmidts Vorschlag würde er die fehlenden 198 Wochenbeiträge freiwillig nachbringen können, also in nicht ganz 4 Jahren 35,64 ℳ zu zahlen haben, um sich eine Rente im Betrage von 116,14 ℳ jährlich zu sichern. Schon dieses Beispiel zeigt, zu welchem Ergebnis die Durchführung von Schmidts Ansicht führen kann.

Welche finanziellen Folgen für die Versicherungsträger sich aus seinem Vorschlag ergeben, darüber hat sich Schmidt offenbar den Kopf nicht weiter zerbrochen; es würde ihm wohl auch kaum möglich sein, sichere rechnerische Grundlagen aufzustellen. Die Invalidenversicherung hat die Feuerprobe des Krieges glänzend bestanden und wird auch dem stärksten Trommelfeuer von Anträgen während und nach dem Kriege standhalten können; man verschone sie aber mit derartigen gesetzgeberischen Vorschlägen, die einigermaßen an die Wohltätigkeit des heiligen Crispinus erinnern, der den Reichen das Leder fortnahm, um den Armen daraus Schuhe herzustellen. Wenn man auf dem Gebiete der Invalidenversorgung durchgreifende Besserungen einführen will, die zum erheblichen Teile auch den Kriegsteilnehmern

Digitized by Google

zugute kommen, dann muß man so schnell wie möglich an die Umformung der Angestelltenversicherung herangehen und ihre Eingliederung in die allgemeine Invalidenversicherung vornehmen. Das ist in der Sozialversicherung jetzt das dringende Gebot der Stunde. In immer weiteren Kreisen auch der Bevölkerung bricht sich die Erkenntnis Bahn, daß die jetzige Gestaltung der Angestelltenversicherung durchaus verfehlt ist. Daran vermag es auch nichts zu ändern, wenn einzelne Personen oder kleine Personengruppen, die an der Aufrechterhaltung des Angestelltenversicherungsgesetzes interessiert sind, in Resolutionen oder in einer Broschüre, als deren Verfasser ein Strohmann vorgeschoben wird, mit Emphase für die Beibehaltung des jetzigen Zustandes eintreten.

Die Selbstabgabe von Heilmitteln durch die Krankenkassen.

Von Friedr. Kleeis in Halle a. S.

Die Reichsversicherungsordnung verpflichtet in § 182 die Krankenkassen zur Versorgung ihrer Mitglieder in Krankheitsfällen mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln, ohne des näheren zu bestimmen, in welcher Weise sich die Krankenkassen bei Erfüllung dieser Verpflichtung zu verhalten haben. Nur eine bestimmte Reihe von Arzneien, die durch Kaiserliche Verordnung bezeichnet werden (vgl. Reichsgesetzblatt 1901 S. 380 und 1911 S. 181) dürfen ausschließlich in Apotheken feilgehalten und verkauft werden. Im übrigen überläßt das Gesetz die Beschaffung der Heilmittel dem freien Ermessen der Kassenverwaltungen. Als selbstverständlich ist dabei zu fordern, daß die Beschaffenheit der Heilmittel und die Art ihrer Verabfolgung, insbesondere auch hinsichtlich der fachlichen Tüchtigkeit der mit der Anpassung und Abgabe der Brillen, Bruchbänder usw. beauftragten Personen einwandfrei sein müssen (zu vgl. auch § 375 RVO.). Auch wird verlangt werden können, daß die Abgabestellen für die Kassenmitglieder ohne allzu großen Zeitaufwand erreichbar sind. Sonst haben die Krankenkassen, allerdings unter Beachtung der §§ 375, 376 RVO., freies Verfügungsrecht. Nach diesen Vorschriften besteht grundsätzlich „freie Apothekenwahl", d. h. die Kassenmitglieder können jede beliebige Apotheke aufsuchen. Man ist auch schon so weit gegangen, hinsichtlich der dem freien Verkehr überlassenen Heilmittel (Handverkaufsartikel) dem Versicherten die freie Wahl der Bezugsstelle zuzugestehen (vgl. ArbVers. 1916 S. 767): Der Versicherte könne diese überall herbeziehen, sei aber hierin dadurch beschränkt, daß die Kasse nur für den notwendigsten Aufwand aufzukommen habe. Diese Ansicht ist sehr umstritten, wie selbst aus einer anderen Stelle der Arbeiterversorgung (1916 S. 816 Ziff. 15) hervorgeht. In Wirklichkeit ist es sogar (z. B. auf Grund einer Verfügung des Regierungspräsidenten in Düsseldorf im Jahre 1914) vorgekommen, daß überhaupt die Entnahme von Handverkaufsartikeln aus Drogenhandlungen durch die Krankenkassenmitglieder als unzulässig erklärt worden ist. Eine solche Anordnung geht nun entschieden zu weit. Es sei aber daran erinnert, daß ein Antrag bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung im Reichstag, auch den Drogenhandlungen unter einigen Voraussetzungen das unbestreitbare Recht zur Lieferung an Krankenkassen zuzulassen, abgelehnt wurde mit der Begründung, daß es bei diesen an einer Gewähr für gleichmäßige Güte der Ware fehle. Die Drogisten sind unseres Erachtens daher nur dann zur Lieferung für Kassenmitglieder berechtigt, wenn sie von der Kasse zugelassen sind. Nach § 375 RVO. kann aber auch in der freien Apothekenwahl eine Beschränkung eintreten. Die Kasse kann mit einzelnen Apothekenbesitzern und, soweit es sich um die dem freien Verkehr übergebenen Arzneimittel handelt, auch mit anderen Personen, die solche feilhalten, Vorzugsbedingungen

Digitized by Google

vereinbaren. Alle Apothekenbesitzer im Bereiche der Kasse (aber nicht die sonstigen Heilmittelhändler, Drogisten usw.) können den Vereinbarungen beitreten, wenn sie zu den gleichen Bedingungen die Lieferung übernehmen wollen. Neuerdings sind bei fast allen Kassen Vorzugsbedingungen (meist in bestimmten Abschlägen bestehend) mit den Apothekenbesitzern durch Verträge vereinbart.

Im Laufe der Jahre haben die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneien und Heilmittel sehr zugenommen. Sie stiegen nach der amtlichen Statistik von 7 Millionen Mark im Jahre 1885 auf 60½ Millionen Mark im Jahre 1913 oder von 1,69 ℳ auf 4,45 ℳ für das Mitglied. Die Steigerung beträgt, auf das einzelne Mitglied berechnet, 163 v. H. Während des Krieges ist eine weitere und zwar ganz gewaltige Steigerung der Aufwendungen für Arzneien und Heilmittel eingetreten. Die Ursachen der ständig wachsenden Ausgaben sollen hier nicht näher untersucht werden: sie beruhen sowohl auf der Erhöhung der Preise für die Arzneien als auch auf dem zunehmenden Mehrverbrauch.

Um Erleichterungen und Ersparnisse zu erzielen, sind einzelne Kassen schon seit Jahren dazu gekommen, verschiedene dem freien Verkehr überlassenen Heilmittel selbst vom Erzeuger oder Großhändler zu beziehen und unmittelbar an die kranken Kassenmitglieder abzugeben. An der Berechtigung der Kassen zu dieser Ausschaltung des Klein- und Zwischenhandels kann kein Zweifel bestehen. Das ist schon unterm alten Recht anerkannt worden (vgl. Entsch. des preuß. OVG. vom 9. Juli 1908, ArbVers. 1909 S. 28) und wurde bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung (dritte Lesung, Sten. Ber. S. 7260) ausdrücklich bestätigt. Anfang des Jahres 1914 richteten die Apotheker und Drogisten eine Eingabe an den Reichstag, die das Verbot der Selbstabgabe von Heilmitteln durch die Krankenkassen forderte. Der Reichstag hatte infolge seiner Schließung keine Gelegenheit, sich mit der Eingabe zu beschäftigen; sie ist auch inzwischen nicht wiederholt worden. Dagegen hatten die Apotheker auch die Berliner Handelskammer zu einer Eingabe an den preußischen Handelsminister in gleichem Sinne veranlaßt. Darauf hat die Handelskammer unterm 24. März 1914 einen Bescheid erhalten, in dem es heißt: „Es erscheint aber rechtlich nicht zulässig, durch die Kassensatzung, auf deren Gestaltung in dieser Hinsicht überdies von mir kein Zwang ausgeübt werden kann, oder im Aufsichtswege den Kassen die Selbstbeschaffung der kleinen Heilmittel im großen und ihre Abgabe an die Mitglieder zu verbieten, zumal aus der Vorschrift des § 23 RVO. die Verpflichtung der Kassen gefolgert werden kann, auf möglichst billigen Bezug der Heilmittel Bedacht zu nehmen.“ Die Antwort setzt dann noch weiter auseinander, daß bei der gegenwärtigen Lage der Gesetzgebung eine andere Stellungnahme nicht möglich ist. Wir möchten hinzufügen, daß auch gar nicht damit zu rechnen ist, daß in dieser Frage Reichstag und Regierung einen anderen Standpunkt einnehmen werden. In Remscheid hatten die Apotheker das Oberversicherungsamt ersucht, den Krankenkassen die Abgabe von Verbandstoffen und die Führung von zwei Rezeptblättern (das eine für Arzneien und das andere, das bei der Kasse abgestempelt werden muß, für Handverkaufsgegenstände) zu verbieten. Sie sind aber abgewiesen worden.

Die 21. Mitgliederversammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, die im Juli 1914 in Darmstadt stattfand, beschäftigte sich eingehend mit der Angelegenheit und nahm einstimmig eine Entschließung an, nach der keine Kasse an der Frage achtlos vorübergehen solle. Der Engrosbezug bringe Ersparnisse und ermögliche, bessere Qualitäten einzuführen. Neben Verbandstoffen, Inhalationsapparaten usw. könnten auch Nährpräparate unmittelbar an die Kassenmitglieder abgegeben werden. Der Referent Ed. Gräf-Frankfurt a. M. (Vorsitzender der dortigen Allgemeinen Ortskrankenkasse) legte die Vorteile einer derartigen „Selbstdispen-

Digitized by Google

sation" klar. Die Kassen hätten ein Interesse daran, außer den Apothekern noch andere Lieferanten wenigstens für die freigegebenen Arzneimittel heranzuziehen, da ihnen mit den Rabattsätzen nicht gedient sei, wenn sie diese im voraus doppelt und dreifach bezahlen müssen. Was aber andere Lieferanten wie Drogisten usw. könnten, vermögen die Kassen selbst auch. Der Verband der Betriebskrankenkassen nahm auf seiner Tagung im Jahre 1914 in Straßburg eine ähnliche Entschließung an.

Seit den Beschlüssen des Darmstädter Ortskrankenkassentages hat die Selbstabgabe von Heilmitteln durch die Kassen schnelle Verbreitung gefunden. Nach den Berichten des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen vermehrte sich die Zahl derjenigen Kassen, die Nährpräparate abgeben, von 44 im Jahre 1915 auf 52 mit 1 058 151 Mitgliedern im Jahre 1916. Die Kassen, die Verbandstoffe verabfolgen, vermehrten sich von 148 auf 160 mit 1 574 029 Mitgliedern, und die Kassen, die sonstige Artikel zur Krankenpflege und kleine Heilmittel selbst liefern, von 82 auf 84 mit 614 578 Mitgliedern. Im Jahre 1916 gaben noch Geräte zur Krankenpflege ab 112 Kassen mit 1 378 878 Mitgliedern, Drogen und abgepackte Arzneimittel 19 Kassen mit 98 790 Mitgliedern usw. 342 Kassen mit 2 858 933 Mitgliedern lieferten den Ärzten selbst die Verbandsstoffe. Bei 137 Kassen mit 1 411 234 Mitgliedern, die Nachweisungen darüber einsandten, betrug der Umsatz für die bezogenen und abgegebenen Heilmittel 370 492 *M*. Diese Ziffern können auf Vollständigkeit bei weitem keinen Anspruch machen. Es fehlen nicht nur die Kassen, die dem Verbande nicht angeschlossen sind, sondern auch, wie schon die beigegebenen Mitgliederzahlen zeigen, eine Anzahl Verbandskassen. Wie der Bericht des Ortskrankenkassenverbandes zeigt, beteiligten sich an der Selbstabgabe Kassen der verschiedenartigsten Bezirke: z. B. bei derjenigen der Verbandsstoffe 13 in Großstädten, 32 in Mittelstädten, 50 in Kleinstädten, 65 in Landorten.

Auch über die Vorteile, die den Kassen die unmittelbare Abgabe bringt, liegen statistische Berechnungen vor. Nach den Erhebungen des Hauptverbandes der Ortskrankenkassen betrug der Verwaltungsaufwand bei der Selbstabgabe bei 9 Kassen mit 255 172 Mitgliedern 11 899 *M*. Das waren 3,2 v. H. des Umsatzes. Bei den Kassen der Großstädte betrug dieser Verwaltungsaufwand 1,45 v. H., bei denen der Kleinstädte 3,81 v. H. Nach dem Geschäftsbericht des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen auf das Jahr 1914 (S. 99) hatten im Jahre 1913 fünf Groß-Berliner Ortskrankenkassen Heilmittel im Anschaffungspreis von 27 207 *M* abgegeben. Die Preise der einzelnen Verabfolgungen nach dem Arzneiverordnungsbuch (Handverkaufsliste) betrugen 43 200 *M*. Die Ersparnis betrug also 15 697 *M* oder 36 v. H. Dieser Gewinn, von dem allerdings die Verwaltungskosten (die aber, wie die vorstehende Berechnung zeigt, nicht hoch sind) in Abzug zu bringen sind, ist doch sehr beachtenswert. Man kann hiernach berechnen, daß z. B. die Selbstabgabe bei allen Ortskrankenkassen des Hauptverbandes durchgeführt, eine jährliche Ersparnis von über einer Million Mark bedeuten würde. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Remscheid teilte mit, daß sie seit 25 Jahren die Verbandstoffe zu einem Preise bezieht, der nur den dritten Teil dessen beträgt, was allgemein von den Apothekern gefordert wird. Ähnliches berichten die Ortskrankenkassen Velbert (die sämtliche dem freien Verkehr übergebenen Heilmittel führt und dadurch solche Ersparnisse erzielt, daß sie die Familienbehandlung einführen konnte), Iserlohn, die bei etwa 8000 Mitgliedern im Jahre rund 6000 *M* ersparte, Stenbal, die von 1888 bis 1913 eine Ersparnis von 110 000 *M* hatte usw.

Aus den Geschäftsberichten der Kassen ist noch manches Bemerkenswerte über die Frage

Digitized by Google

zu entnehmen. So teilt die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin mit, daß sie im August 1914 mit der Selbstabgabe begann und in selbem Jahre noch an Nährpräparaten, Thermometern, Irrigatoren usw. für 37 722 ℳ und an Verbandsstoffen für 34 080 ℳ abgab. Im Jahre 1916 verabreichte die Kasse für 115 327 ℳ Nährpräparate und Verbandstoffe. Die Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. bezog im Jahre 1915 für 22 278 ℳ und im Jahre 1916 für 43 559 ℳ Heilmittel direkt von Großhändlern. Am Schlusse des Jahres 1916 hatte das Heilmittellager einen Einkaufswert von 27 300 ℳ. Die Ortskrankenkasse Wiesbaden gab im Jahre 1916 aus dem eigenen Verbandstofflager 1117 Pack Watte, 818 Pack Verbandmull, 2561 Mullbinden, 628 Idealbinden, 447 Cambricbinden usw. ab. Die Ortskrankenkasse Dresden teil in ihrem Bericht auf das Jahr 1916 mit, daß sie, um die fortlaufende Zuführung von Verbandstoffen an die Kassenärzte nicht zu gefährden, eine größere Menge von Watte und Binden, die dem voraussichtlichen Bedarf eines Jahres entsprechen, angekauft und in in der im Verwaltungsgebäude eingerichteten Heilmittelabgabestelle zur Verfügung hält. Ähnliche Mitteilungen machen viele Kassen.

Von den Gegnern der Selbstabgabe, die wohl nur außerhalb der Krankenkassen zu finden sind, ist eingewendet worden (z. B. von Dr. Salzmann, dem Vorsitzenden des deutschen Apothekervereins), daß die Kasse, wenn sie ein Lager von Arzneien und Heilmitteln einmal vorrätig halte, naturgemäß auch den Wunsch habe, dieses Lager in nicht zu langen Fristen zu räumen und hinsichtlich der Arzneiverordnungsweise entsprechend auf die Ärzte einzuwirken. Das zeitige die Gefahr, daß sich die arzneiliche Krankenbehandlung dem Warenlager anpasse. Die selbstabgebende Kasse habe auch keinerlei Kontrolle; sie werde auch Zentralisation der Abgabe anstreben und dadurch den Patienten Unbequemlichkeit bereiten. Hierauf ist schon erwidert worden, daß sich bei den Apothekern doch auch Ladenhüter ansammeln werden, die sie auch unterzubringen suchen werden. Gerade bei einer geordneten Kassenverwaltung sind bei einer übersichtlichen Bestellung Ladenhüter unmöglich. Die Kassenverwaltung wird hier auch beizeiten Erfahrungen haben. Die Kontrolle besteht durch Ärzte und Kranke gegenüber der Kasse genau so wie gegenüber einem anderen Lieferanten. Gegen Unbequemlichkeiten bei der Abgabe werden schon die Mitglieder selbst in den Kassenorganen vorgehen; Kassen mit großen Bezirken haben in der Regel Zweigabgabestellen errichtet. Mit Recht hat der Zentrumsabgeordnete Becker bei Besprechung dieser Frage darauf hingewiesen, daß die Krankenkassen für die unbemittelte oder minder bemittelte kranke Menschheit eingerichtet sind und demzufolge mit den Geldern haushälterisch umgehen müssen, insbesondere auch größeren Wert auf Nahrungs- und Kräftigungsmittel legen müßten.

In der langjährigen Durchführung der Selbstabgabe ist natürlich auch schon die Frage aufgeworfen worden, ob die Kassen berechtigt sind, die Mitglieder zu zwingen, die dem freien Verkehr übergebenen Heilmittel lediglich bei der Krankenkasse in Empfang zu nehmen. Die Sache ist bis jetzt streitig geblieben. Der Fall, daß eine Kasse eine solche Anordnung erläßt, wird zwar selten sein, immerhin ist die Frage von Interesse. Wir möchten die Meinung vertreten, daß zum mindesten der Bezug aus Apotheken nicht ausgeschlossen werden kann. Das geht aus § 376 Abs. 3 RVO. hervor. Beziehen die Mitglieder, so heißt es daselbst, die dem freien Verkehr übergebenen Arzneimittel zu einem Preise, der die amtlich festgesetzten Höchstpreise (§ 376 Abs. 2 RVO.) nicht übersteigt, aus einer Apotheke, so kann die höhere Verwaltungsbehörde anordnen (das ist allerdings Voraussetzung!), daß die Kasse die Bezahlung nicht deshalb ablehnen darf, weil sie nach § 375 RVO. mit Personen, die nicht Apothekenbesitzer sind, niedrigere Preise vereinbart hat. In der Kommissionsberatung (Kom. Ber. II S. 351) wurde allerdings gesagt, daß die Einrichtung

Digitized by Google

für städtische Verhältnisse nicht gelten soll, doch kommt eben nur der Wortlaut des Gesetzes in Frage. Wir glauben, die Vorschrift kann auch dann angewendet werden, wenn die Kasse selbst als Lieferant für die fraglichen Heilmittel in Betracht kommt. Daß der Ausschuß der Drogenhändler angängig ist, haben wir schon oben gezeigt.

Es steht zu erwarten, daß die Selbstabgabe von freigegebenen Arznei- und Heilmitteln durch die Krankenkassen in nächster Zeit eine große Ausgestaltung erfährt. Der Grund liegt in einer ganzen Reihe wirtschaftlicher Umstände, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Die letzte Tagung des Ortskrankenkassenverbandes, die vom 17. bis 19. September 1917 in Dresden stattfand, beschloß auch einstimmig, diese Selbstabgabe zu erweitern und zu fördern.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wahlen zu den Beschlußausschüssen und Beschlußkammern.

Bescheid des badischen Ministeriums des Innern vom 23. Juni 1917 (Nr. 30 998).

Die durch die Bundesratsverordnung vom 11. Januar 1917 (RGBl. S. 39) verfügte Verlängerung der Amtsdauer gilt zwar für die Versicherungsvertreter bei allen Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern, nicht aber für die innerhalb der Versicherungsbehörde erforderliche Wahl für die Zugehörigkeit einzelner Vertreter zu den Beschlußausschüssen und Beschlußkammern.

Die in § 78 RVO. vorgeschriebene Wahl der Beisitzer zu den Beschlußkammern hat somit nach wie vor stattzufinden (vgl. Heft 6 der „Arbeiter-Versorgung" 1917 S. 143 Ziff. 4).

Neben dem Pauschbetrage aus § 80 RVO. können vom Versicherungsträger weitere Kosten, insbesondere Mahngebühren, nicht gefordert werden.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 27. Juni 1917 (2968 Amtl. Nachr. 1917 S. 573).

Nach dem Entwurf einer Reichsversicherungsordnung sollte der einzelne Bundesstaat die Kosten der Oberversicherungsämter vorschießen und, von besonders genannten Kosten abgesehen, auf die Versicherungsträger umlegen. Die Kommission des Reichstags wollte zuerst sämtliche Kosten der Oberversicherungsämter in voller Höhe den einzelnen Bundesstaaten auferlegen. Als Ausgleich wurde die Vorschrift eingeführt, welche in dem § 80 RVO. Gesetzeskraft erlangt hat. Danach trägt der Bundesrat sämtliche Kosten der Oberversicherungsämter, jedoch haben die Versicherungsträger für jede Spruchsache, an der sie beteiligt sind, einen Pauschbetrag zu entrichten. Diese Pauschgebühren stellen eine summarische Entschädigung für die Hälfte „sämtlicher" Kosten dar. Das Oberversicherungsamt kann von einem Versicherungsträger für eine Spruchsache nur den Pauschbetrag erheben, den die Reichsversicherungsordnung und die zu ihrer Ausführung ergangenen Verordnungen vorsehen, auch wenn in einem einzelnen Falle Kosten erwachsen sind, die das Doppelte des Pauschbetrages übersteigen. Weitere Gebühren, welche die Oberversicherungsämter als Zuschlag zu diesen Pauschgebühren oder aus Anlaß ihrer Einziehung erheben könnten, kennt die Reichsversicherungsordnung nicht. Solche sind auch nach der Entstehungsgeschichte und dem Sinne des Gesetzes, das tunlichste Vereinfachung anstrebt, nicht zulässig. Demgemäß hat die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 16. März 1912 (Reichsgesetzblatt 1912 S. 254) solche Mahngebühren nicht vorgesehen. Da somit weder die Reichsversicherungsordnung noch die Bundesratsverordnung Mahngebühren kennt, wie sie das Oberversicherungsamt im vorliegenden Falle festgesetzt hat, und da weiter die Reichsversicherungsordnung den Landesgesetzen vorgeht, so wird die Ansetzung einer Mahngebühr auch durch die Berufung des Oberversicherungsamts auf das sächsische Landesgesetz nicht gerechtfertigt. Wenn eine Berufsgenossenschaft die Pauschbeträge nicht pünktlich einsendet, bleibt es dem Oberversicherungsamt überlassen, sich beschwerdeführend an die Aufsichtsbehörde der Berufsgenossenschaft zu wenden.

Versicherungsrechtliche Beurteilung des Rezitators und Klavierspielers in einem Lichtspieltheater.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 29. November 1916 (P. 196/10).

Nach den Ermittlungen des Rentenausschusses ist der Angestellte von Beruf Buchdrucker. Er hat diesen Beruf aus Gesundheitsrücksichten aufgegeben, weil er sich eine Farbenvergiftung der Hände zugezogen hatte. Er ist seit dem September 1912 nicht mehr im Buchdruckgewerbe tätig gewesen und im

Digitized by Google

Dezember 1913 auch aus dem Buchdruckerverband ausgeschieden. Seine Arbeitszeit bei dem Lichtspieltheater erstreckte sich an Wochentagen auf 6 oder 7 Stunden, an Sonntagen auf 9 Stunden. Er hatte von der Kassenöffnung, Wochentags von 4 Uhr ab, Sonntags von 2 Uhr ab, bis zum Schlusse der Vorstellungen, etwa 11 Uhr abends, im Theater tätig oder doch anwesend zu sein. Als Entgelt erhielt er wöchentlich 30 ℳ. Seine Aufgabe bestand einerseits in der Klavierbegleitung, anderseits in der Erklärung der Lichtbilder. Hierzu dienten als Unterlagen die von den Fabriken den Films beigegebenen gedruckten Erklärungen, die, wie in einem Schreiben vom 24. März 1914 hervorgehoben wird, dem Publikum „mit theatralischem Akzent" vorzutragen waren. In dem Schreiben vom 14. Mai 1914 wird hervorgehoben, daß ein eigenes höheres geistiges Ausarbeiten künstlerischer Art, wie etwa bei einem Schauspieler, hierbei nicht in Frage komme. Mit der technischen Arbeit der Vorführung der Lichtbilder, mit Kassenwesen, Buchführung usw. hatte der Angestellte nichts zu tun. Klavierunterricht hat er während seiner Tätigkeit bei dem Lichtspieltheater nicht gegeben . . . .

Wie in dem Beschlusse des Oberschiedsgerichts vom 17. November 1916 in Sachen B. — P. 221/16 — näher erörtert ist, ist der Begriff eines Bühnenmitgliedes im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 4 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht über den Kreis der eigentlich als Darsteller wirkenden Personen auszudehnen, also namentlich nicht auf den Klavierspieler anzuwenden, der die Lichtspiel-Vorführungen mit musikalischen Darbietungen begleitet. Das gleiche gilt von dem Rezitator, der in mehr oder weniger freier Weise die dargestellten Bilder erläutert.

Auch eine gehobene Tätigkeit im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte liegt nicht vor. Weder das Klavierspiel noch der mündliche Vortrag des Angestellten erhebt sich über die primitivsten Ansprüche, die an derartige Darbietungen gestellt werden können. Dies geht aus dem Stande des Angestellten und aus der geringen Höhe seiner Bezahlung im Vergleiche mit der Dauer seiner täglichen Arbeitszeit hervor. Auch der Charakter des Unternehmens selbst bietet keinen Anhalt dafür, daß an die Tätigkeit des Angestellten besondere künstlerische oder geistige Anforderungen gestellt worden wären. Insbesondere ist bei dem Rezitieren der von den Filmfabriken den Films von vornherein beigegebenen Erläuterungen höhere geistige oder künstlerische Tätigkeit ausgeschlossen. Ob das Klavierspiel oder der mündliche Vortrag bei Darbietungen dieser Art der gehobenen Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte zugerechnet werden kann, ist Sache tatsächlicher Würdigung des Einzelfalls. Hier ist kein Anhalt dafür gegeben, daß der Angestellte nach der Art seiner Tätigkeit sich aus der Klasse der eigentlich handarbeitenden Bevölkerung herausgehoben hätte. Er ist daher den Gehilfen im Sinne des § 1226 Abs. 1 Nr. 1 der RVO. zuzurechnen, und eine Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte ist nicht begründet.

B. Zur Krankenversicherung.

Kassenzugehörigkeit der Arbeiter im besetzten Ausland.

Erl. des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 20. September 1917 (HMBl. S. 313).

Auf Grund des § 2 der Bekanntmachung, betreffend Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland, vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1383)*) bestimme ich, daß folgende Ortskrankenkassen die Versicherung der von deutschen Unternehmern für Zwecke des deutschen Heeres oder der Kaiserlichen Marine in dem von deutschen Truppen besetzten Ausland Beschäftigten zu übernehmen haben, soweit die Versicherung nicht nach § 2 Abs. 1 und § 3 a. a. O. in Betriebskassen zu erfolgen hat:

1. für die besetzten Gebiete in Belgien und — soweit nicht Krankenkassen in Elsaß-Lothringen in Frage kommen — in Nordfrankreich: die „Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Eupen mit Ausnahme der Stadt Eupen" in Eynatten;
2. für die Bezirke der Militärverwaltungen Kurland, Litauen und Bialystock-Grodno: die Allgemeine Ortskrankenkasse in Lyck;
3. für den Bezirk des Generalgouvernements Warschau: die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Thorn;
4. für die übrigen von deutschen Truppen besetzten Gebiete in Rußland, Rumänien und Serbien: die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Stadtkreis Kattowitz in Kattowitz.

Ich ersuche, diese Bestimmung durch das dortige Amtsblatt bekanntzumachen. Die bezeichneten Ortskrankenkassen sind von den zuständigen Herren Regierungspräsidenten zu verständigen.

*) ArbVers. 1917 Heft 1 S. 9.

Kann die Kasse die Bezahlung von Arzneien wegen Umgehung des Kassenarztes ablehnen?

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Liegnitz vom 16. August 1917.

Die Wirtschafterin B., Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse, hatte mit Umgehung des Kassenarztes sich unmittelbar in die Behandlung eines Nervenarztes begeben, der ihr drei Arzneimittel verschrieb. Die Kosten dafür verlangte sie von der Kasse erstattet. Da diese die Bezahlung ablehnte, beantragte die Versicherte Entscheidung durch das Versicherungsamt, wurde aber abgewiesen aus folgenden Gründen:

Nach § 182 der RVO. besteht die Krankenhilfe

Digitized by Google

nicht nur aus ärztlicher Behandlung, sondern umfaßt die Verordnung von Arzneien. Die Wirtschafterin B. hat aber, obwohl ihr durch den am 29. März 1917 abgeholten Krankenschein die Liste der Ärzte, welche die Behandlung der Kassenmitglieder übernommen haben, zugängig gemacht worden war, sich in die Behandlung eines Spezialarztes, in die des Dr. R., begeben und ist so der Ansprüche gegenüber der Krankenkasse verlustig gegangen. Nach § 368 RVO. kann die Bezahlung anderer Ärzte als derjenigen, welche mit der Krankenkasse einen besonderen Vertrag geschlossen haben, abgelehnt werden, es sei denn, daß ein dringender Fall vorliegt. Das Vorliegen eines dringenden Falles wird hier nicht behauptet. Deshalb muß nach den Bestimmungen des § 368, mit dem der § 34 der Satzungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse übereinstimmt, geschlossen werden, daß auch die Bezahlung der Medikamente, die von Nicht-Kassenärzten verschrieben sind, von der Krankenkasse abgelehnt werden kann. Wenn auch von Dr. R. auf dem Rezept der Vermerk A. O. K. gemacht worden war, so darf doch nicht von einer Geschäftsführung ohne Auftrag seitens der Apotheke geschlossen werden, weil die versicherte Wirtschafterin B. einen Anspruch auf die von dem Nicht-Kassenarzt verordneten Arzneien nicht gehabt hat, da ein dringender Fall nicht vorlag.

Die Krankenkasse schließt mit einem bestimmten Kreis von Ärzten deshalb einen Vertrag, um nicht nur auf die Kurtaxe der Ärzte bestimmte Ermäßigungen zu haben, sondern auch mit dem Zweck, um die Verordnung der Arzneien in bestimmter Weise zu regeln. Die Kassenärzte sind auf Grund des Vertrages verpflichtet, bei den Ordinationen sich nach den bestehenden Vorschriften des Vertrages zu richten. So werden dann auch die von den Kassenärzten verordneten Arzneien von den Apotheken nach einer bestimmten ermäßigten Taxe abgegeben. Diese Vorteile der Ermäßigung würde die Kasse nicht genießen, wenn es den Kassenmitgliedern freistände, auch in nicht dringenden Fällen Nicht-Kassenärzte anzugehen, und dann die Erstattung der Arzneikosten zu ver-

Eine solche Vereinbarung mit den Apothekenbesitzern im Bereich der Kasse besteht auch in L., so daß der Vorstand nach dem Sinne des § 375 RVO. und des § 36 der Satzungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse, von dringenden Fällen abgesehen, die Bezahlung der von anderer Seite gelieferten Arzneien oder von einem anderen Arzt verordneten Arzneien ablehnen kann.

Anmerkung: Die Entscheidung steht in Widerspruch mit der herrschenden Ansicht (Hahn, Anm. 2a; Olshausen, Anm. 2d; Stier-Somlo, Anm. 2B), enthält aber unseres Erachtens beachtenswerte Erwägungen.

Bestimmungen der Dienstordnung über „Bewerbungen" gelten nicht für die schon vorhandenen Kassenangestellten.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 6. Juli 1917 (B. K. 76/17).

Der Vorstand der beschwerdeführenden Krankenkasse hat beschlossen, mit den bereits im Dienste der Kasse stehenden Angestellten auf Grund der vom Oberversicherungsamt genehmigten Dienstordnung neue Verträge abzuschließen, von diesen Angestellten die Beibringung polizeilicher Führungsatteste aber nicht zu verlangen. Das Versicherungsamt hat hierin einen Verstoß gegen die Dienstordnung gesehen und den Vorsitzenden der Ortskrankenkasse angewiesen, den gedachten Beschluß des Vorstandes gemäß § 357 Abs. 1 RVO. zu beanstanden. Der rechtzeitig eingelegten Beschwerde war stattzugeben aus folgenden Gründen:

Der § 3 der Dienstordnung, welcher die Überschrift „Bewerbungen" trägt, bestimmt, daß Gesuche um Aufnahme in den Kassendienst schriftlich an den Vorstand zu richten sind und daß unter anderem von den Bewerbern ein polizeiliches Führungszeugnis beizubringen ist. Nun brauchen die bei dem Inkrafttreten der Dienstordnung im Dienste der Kasse stehenden Angestellten nicht von neuem angestellt zu werden. Es kommen aber für sie eine Bewerbung und ein Gesuch um Aufnahme in den Kassendienst nicht in Frage und daher auch nicht die übrigen für die Bewerber um Stellen im Kassendienst erlassenen Vorschriften.

Der Artikel 34 EinfGes. zur RVO., auf den das Versicherungsamt Bezug nimmt, bestimmt, daß die beim Erlaß der Dienstordnung schon vorhandenen Angestellten bis zu deren Inkrafttreten den Dienstvertrag kündigen können, daß sie andernfalls aber der Dienstordnung unterstehen oder, wie es im Absatz 2 daselbst genauer heißt, daß für sie alles gilt, was die RVO. für die nach ihr der Dienstordnung unterstehenden Angestellten vorschreibt. Das können nur die in der RVO. festgesetzten Rechte und Pflichten der Angestellten den Kassen gegenüber sein, nicht aber die Vorbedingungen für eine Anstellung. Durch die RVO. und das Einführungsgesetz haben keineswegs die bisher bestehenden Dienstverträge zwischen den Kassen und ihren Angestellten aufgehoben werden sollen, vielmehr ist in den Art. 33 und 34 a. a. O. bestimmt, daß die bestehenden Rechte und Pflichten erst mit dem Inkrafttreten der Dienstordnung eine Änderung erfahren. Dieser Änderung tritt also frühestens (vgl. noch Art. 36) zu dem im Artikel 33 bestimmten Zeitpunkte kraft Gesetzes ein. Es ist lediglich eine Sache der Zweckmäßigkeit, wenn mit Rücksicht auf diese Änderung in den Rechtsverhältnissen die Kasse ergänzende Dienstverträge vereinbart, oder wenn der Kassenvorstand den Angestellten einen Bescheid erteilt, wie er in Ziff. 12 des Ministerialerlasses vom 18. Februar 1914 (HMBl. S. 79) zur

Digitized by Google

Klarstellung der in Betracht kommenden Verhältnisse für die Kassenbeamten vorgeschlagen ist.

Wie sich die Rechtsverhältnisse des weiteren zu gestalten haben, ist dann noch in den Übergangsvorschriften der Artikel 34 bis 40 EinfGes. des näheren dargelegt. Danach sind nicht etwa die bestehenden Dienstverträge im ganzen als aufgehoben oder unwirksam zu betrachten, vielmehr ist nur bestimmt, wie gewisse nach dem 1. Juli 1910 oder nach dem 1. Januar 1908 erworbene Rechte auf Dienstbezüge mit der eingetretenen Neuordnung in Einklang gebracht werden sollen. In Art. 37 ist bestimmt, daß Angestellte, deren Fachkenntnisse und Leistungen für ihre Stellen offenbar nicht ausreichen, unter bestimmten Voraussetzungen auf Anordnung des Versicherungsamts einer anderen Stelle zugewiesen werden können. Ein besonderer Nachweis von Fachkenntnissen kann also von den bereits vorhandenen und weiterbeschäftigten Angestellten zufolge des Inkrafttretens der Dienstordnung nicht verlangt werden und ebenso naturgemäß die Beibringung der übrigen für Bewerber um Kassenstellen vorgeschriebenen Nachweise.

Rechtslage der übernommenen Angestellten bei Vereinigung von Krankenkassen.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 6. Juli 1917 (B. K. 244/17).

Die Rechtsverhältnisse der Beamten und Angestellten, welche bei der Vereinigung mehrerer Krankenkassen von einer Kasse aufgenommen werden, regeln sich nach § 290 RVO., der in seinem Schlußsatze über die Gehaltsansprüche bestimmt: „Ihr Gesamteinkommen darf nicht geschmälert werden. In dieser Gesetzesvorschrift findet das Begehren der Beschwerdeführer seine rechtliche Grundlage und zugleich seine Grenzen. Darüber hinaus steht ihnen ein weiterer Anspruch nicht zu. Dieser Bestimmung aber ist im vorliegenden Falle vollauf Genüge geschehen, denn die Beschwerdeführer sind ausnahmslos bei ihrem Übertritt in die aufnehmende Kasse am 1. Januar 1914 in ihrem Gehalte nicht nur gesteigert worden, sondern mehr als das, sie sind entsprechend den an sich höheren Gehaltssätzen der Dienstordnung in den Genuß eines Einkommens getreten, wie es ihnen im Dienste der früheren Kasse zu jener Zeit nicht gewährt worden wäre. Ein Anspruch auf unverkürzte Anrechnung ihrer früheren Dienstjahre, die neben der Gehaltserhöhung sogar zum Überspringen ganzer Gehaltsstufen führen könnte, findet in der klaren Gesetzesvorschrift keine Stütze. Ein solcher Anspruch aber läßt sich auch aus der Dienstordnung nicht herleiten. Denn die Dienstordnung ist aus der Neugestaltung der Kassen hervorgegangen und regelt nur die Rechtsverhältnisse seit dem 1. Januar 1914. In die voranliegende Zeit greift sie nur insoweit zurück, als sie sich ausdrücklich rückwirkende Kraft beilegt. Davon aber ist im vorliegenden Falle, auch besonders im § 16, der den Besoldungsplan wiedergibt, keine Rede. Das Rechtsverhältnis stellt sich demnach so dar: Die Gehaltsansprüche der Angestellten richten sich seit dem 1. Januar 1914 nach dem Besoldungsplane der Dienstordnung. Auch das Dienstalter rechnet von diesem Tage ab mit der Maßgabe, daß eine hierbei sich ergebende Einkommensverminderung nach § 290 RVO. vermieden werden muß. Im vorliegenden Falle aber ist nicht nur keine Herabsetzung, sondern eine zum Teil recht beträchtliche Steigerung des Diensteinkommens eingetreten. Der Beschwerde war daher der Erfolg zu versagen.

Diese Entscheidung ist gemäß § 358 RVO. vorbehaltlich des ordentlichen Rechtsweges endgültig.

Anspruch des zum Heeresdienst einberufenen Krankenkassenbeamten auf volles Gehalt.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin vom 19. September 1917 (B. K. 335/17).

Das Oberversicherungsamt ist den eingehenden, die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigenden Ausführungen der Vorinstanz durchweg beigetreten. Der Einwand der Beschwerdeschrift, daß das Gesetz nicht verletzt sei, ist nicht begründet; verletzt ist nach Lage der Sache der § 66 des Reichsmilitärgesetzes in Verbindung mit § 359 Abs. 4 RVO. Das Recht auf Zahlung des vollen Gehalts kommt dem Krankenkassenbeamten G. zu, weil er in der fraglichen Zeit zum Heeresdienst einberufen und aus diesem Dienste noch nicht wieder entlassen war. (Vgl. § 66 Abs. 1 und § 38 B. 2 des Reichsmilitärgesetzes.) Welche Arbeiten der Einberufene im einzelnen geleistet hat, ist unerheblich und unterliegt nicht der Nachprüfung weder der das Gehalt zahlenden Kasse noch der Versicherungsbehörden. Wenn die beschwerdeführende Kasse glaubt, die Dienste des G. während seiner Kommandierung zur Eisenbahnverwaltung als militärische nicht ansprechen zu sollen, so ist darauf hinzuweisen, daß die zum Heeresdienst, namentlich in Kriegszeit Einberufenen nicht durchweg und zu jeder Zeit rein militärische Dienste zu verrichten haben, d. h. solche, welche die Ausbildung des Mannes im Gebrauch der Waffen und als Mitglied der gegen den Feind vorrückenden bewaffneten Macht betreffen, sondern auch Arbeiten, die der Aufrechterhaltung des gesamten militärischen Betriebes und der Landesverteidigung überhaupt zugute kommen und dabei in den Bereich des Hilfsdienstgesetzes fallen können.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten bei Gesundheitsschädigung durch aromatische Nitroverbindungen.

Vom 12. Oktober 1917 (RGBl. S. 900).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Wenn eine nach dem dritten Buche der Reichsversicherungsordnung versicherte Person bei Herstellung von Kriegsbedarf sich eine Gesundheitsschädigung durch nitrierte Kohlenwasserstoffe der aromatischen Reihe (z. B. Dinitrobenzol, Trinitrotoluol, Trinitroanisol) zuzieht und infolge ihrer Einwirkung stirbt, so sind Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten unter entsprechender Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung auch dann zu gewähren, wenn der Tod nicht als Folge eines Unfalls, sondern als Folge einer allmählichen Einwirkung der genannten Stoffe anzusehen ist.

§ 2. — War der Verstorbene in mehreren Betrieben beschäftigt, welche die im § 1 genannten Stoffe herstellen oder verarbeiten, so hat derjenige Versicherungsträger die Bezüge festzusetzen und zu gewähren, dem der Betrieb angehört, in welchem der Verstorbene zuletzt mit jenen Stoffen beschäftigt worden ist.

§ 3. — Der Reichskanzler kann besondere Vorschriften zur Ausführung dieser Verordnung, insbesondere über die Aufbringung der Mittel erlassen.

§ 4. — Diese Verordnung gilt rückwirkend für die seit dem 1. August 1914 eingetretenen Todesfälle. Die Frist zur Anmeldung von Ansprüchen aus zurückliegenden Todesfällen läuft frühestens mit dem 1. Februar 1918 ab.

Ansprüche auf Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten, die seit dem 1. August 1914 rechtskräftig abgelehnt worden sind, weil die schädigende Einwirkung der im § 1 genannten Stoffe nicht die Folge eines Unfalls gewesen ist, hat der Versicherungsträger nach den Vorschriften dieser Verordnung zu prüfen. Führt die Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

§ 5. — Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens dieser Verordnung.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" S. 223).

Nr. 238. Ein Krankenbesucher einer Betriebskrankenkasse, der tatsächliche Feststellungen einfachster Art zu treffen und sie kurz in ein einfaches Formular einzutragen hat, daneben Botendienste und Abschreibearbeiten verrichtet, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 239. Ein Photograph, der mit Hilfe eines ihm beigegebenen Arbeiters alle im Betriebe einer Schiffswerft und Maschinenfabrik erforderlichen photographischen Aufnahmen, Abzüge und Lichtpausen herstellt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 240. Die Verjährung rückständiger Beiträge wird durch die an den Arbeitgeber gerichtete Mahnung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unterbrochen.

Nr. 241. Weibliche Personen, die zum Zwecke der Ausbildung in der Krankenpflege in einem Krankenhause beschäftigt werden (Lehrschwestern), sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte.

Nr. 242. Der als Verkäufer zur vorübergehenden Aushilfe angenommene Angestellte einer Bahnhofsbuchhandlung, der täglich mehrere Stunden in einem Verkaufsstande zur Ablösung und Vertretung des ersten Verkäufers tätig ist, ist als Handlungsgehilfe nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig, auch wenn er während der sonstigen Zeit mit Sortieren, Packen und Abtragen von Zeitungen und Büchern beschäftigt wird.

Nr. 243. Der Kassierer eines größeren Theaterunternehmens, der Eintrittskarten zu verkaufen und dabei dem Publikum über die Art der Plätze und Höhe der Preise Auskunft zu geben hat, ist als Handlungsgehilfe nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 244. Eine Witwenzusatzrente, die der Witwe eines Eisenbahnbauassistenten von der Abteilung B der Pensionskasse für die Arbeiter der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft bewilligt ist, ist nicht als ein Ruhegeld, Wartegeld oder ähnlicher Bezug anzusehen, der von einem Versicherungsträger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung im Sinne des § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bewilligt ist.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Träger der Reichsversicherung als behördliche Einrichtungen im Sinne des Hilfsdienstgesetzes.

Als im vaterländischen Hilfsdienst tätig gelten nach § 2 des bezeichneten Gesetzes u. a. auch alle Personen, die bei „behördlichen Einrichtungen" beschäftigt sind, soweit ihre Zahl das Bedürfnis nicht übersteigt. Über die Frage, was als behördliche Einrichtung gilt und über die Frage des Bedürfnisses entscheidet nach § 4 das Kriegsamt im Benehmen mit der zuständigen Reichs- oder Landeszentralbehörde. Den Orts-, Land- und Innungskrankenkassen Preußens ist die Eigenschaft behördlicher Einrichtungen im Sinne des Gesetzes bereits zuerkannt (vgl. ArbVers. 1917 Heft 25 S. 583). Hinsichtlich der Betriebskrankenkassen mögen Bedenken gegen eine so allgemeine Anerkennung bestehen, weil die dort Beschäftigten nach § 362 RVO. nicht von den Kassenorganen, sondern von dem Arbeitgeber bestellt werden. Hinsichtlich der Berufsgenossenschaften hat das Kriegsamt im Einvernehmen mit dem Reichskanzler im gleichen Sinne entschieden wie hinsichtlich der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen („Kriegsamt" 1917 Nr. 30), und hinsichtlich der Landesversicherungsanstalten und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte wird selbstverständlich nichts anderes gelten können, zumal im Hinblick auf §§ 1343, 1348 RVO., §§ 97, 104, 123, 141 AngestVersGes.

Vorbereitungen zur Ausgestaltung der Reichsversicherungsordnung.

Die Kriegswirkungen haben eine Reihe von Wünschen, betreffend auch Änderungen der Reichsversicherungsordnung, entstehen lassen, die in mannigfachen Beschlüssen von Krankenkassenvereinigungen und Eingaben an die gesetzgebenden Stellen des Reiches zum Ausdruck kamen. Um die Anregungen auch mündlich vortragen zu können, wurde von den großen Krankenkassenverbänden die Gelegenheit einer Aussprache nachgesucht. Sie fand am 22. September 1917 statt. Anwesend waren Vertreter des Reichsamts des Innern, des Reichsversicherungsamts, des preußischen Handelsministeriums und preußischen Landwirtschaftsministeriums, ferner des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Landkrankenkassen, der Innungskrankenkassen und des Gesamtverbandes der Krankenkassen. Verhandelt wurde, wie wir einem Bericht entnehmen, über folgende Gegenstände:

1. Änderung der §§ 165 Abs. 2, 178, 314 RVO. in der Richtung einer Erhöhung der für die Pflichtversicherung der Betriebsbeamten, Handlungsgehilfen und ähnlichen Angestellten maßgebenden Höchstgrenze des Jahresarbeitsverdienstes von 2500 ℳ und Beseitigung oder Erhöhung der 4000 ℳ-Grenze für das Verbleiben in der freiwilligen Versicherung. Allseitig wurde die Notwendigkeit einer Erhöhung anerkannt. Auch die Regierungsvertreter hielten eine mäßige Erhöhung für angängig. Bei den Krankenkassenvertretern gingen die Meinungen über die Höhe der Grenze auseinander. Der Hauptverband beantragte für die Pflichtversicherung eine Erhöhung auf 5000 ℳ, der Gesamtverband auf 4000 ℳ, der Betriebskrankenkassenverband will es bei 3000 ℳ bewenden lassen. Mehrfach wird das Bedenken vorgebracht, daß die Ärzteorganisationen Einwendungen erheben. Diese sollen daher zu einer Äußerung aufgefordert werden. Als Weg der nötigen Regelung der Frage wird eine Bundesratsverordnung vorgeschlagen. Ein anderer Weg wäre der, zu bestimmen, daß diejenigen Personen, die vor dem Kriege versicherungspflichtig waren, es trotz Überschreitens der Grenze während des Krieges bleiben. Hiergegen wurde von den Kassenvertretern eingewendet, daß die Feststellungen darüber äußerst schwierig seien, was auch von den Regierungsvertretern anerkannt wurde. Solange eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen auf irgendeine Weise nicht erfolgt ist, haben die Kassen zu prüfen, ob es sich bei den Gehaltserhöhungen der Angestellten um einen regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst handelt. Vielfach ist das Gehalt nur mit Rücksicht auf die gegenwärtige Teuerung erhöht worden. Dies wäre — so wird von einigen Kassenvertretern gesagt — nicht ohne weiteres ein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst. In solchen Fällen würde daher das Übersteigen der Grenze das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nicht zur Folge haben.

2. Änderung des § 180 RVO. in der Richtung einer Erhöhung des Höchstsatzes des anrechnungsfähigen Tagesentgeldes und des Grundlohns über 5 und 6 ℳ hinaus. Der Hauptverband der Ortskrankenkassen schlägt eine Erhöhung auf 8 ℳ als Mindestsatz und die Zulassung satzungsmäßiger Erhöhung auf 10 ℳ vor. Hiergegen wird im allgemeinen kein Widerspruch erhoben, nur der Verband der Betriebskrankenkassen hält eine Erhöhung von 6 auf 8 ℳ für ausreichend.

3. Zulassung von Mehrleistungen, die in der Reichsversicherungsordnung nicht oder in anderer Form und Höhe vorgesehen sind. Es handelt sich hierbei in der Hauptsache um die Erhöhung des Krankengeldes durch Teuerungszulagen nach gleichen und festen Sätzen, nicht in Abstufungen nach dem Grundlohn, sowie um die Gewährung von Kinderzulagen. Die Teilnehmer der Aussprache sind der Meinung, daß solche Zulagen zulässig sind. Die Erörterung macht sich aber nötig im Hinblick auf eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, das eine Abstufung des Krankengeldes nur in Anlehnung (Prozenten) des Grundlohnes für zulässig erachtet (2377 Amtl. Nachr. 1917 S. 551; zu vgl. auch ArbVers. 1917 S. 597). Die Besprechung ergibt, daß auch kein Bedenken besteht, nur das Wochengeld um feste Sätze zu erhöhen, auch wenn das bei dem Krankengeld nicht in der Weise geschieht. Ein Erstattungsanspruch für diese Mehrleistungen (Zulagen), etwa an das Reich, könne nicht in Aussicht gestellt werden. Wie sich die Gemeinden dazu stellen, sei deren Sache.

4. Die Beschlußfähigkeit der Kassenorgane ist durch die umfangreiche Einziehung der ehrenamtlichen Vertreter zum Kriegs- und Hilfsdienst vielfach gefährdet worden. Anordnungen zur Sicherung scheinen daher zweckmäßig. Eine Anregung, durch Ernennung von Vertretern durch die Versicherungsämter einzugreifen, findet Widerspruch und wird wieder zurückgezogen. Eine andere Anregung geht dahin, daß den einberufenen Vorstandsmitgliedern ihr Mandat erhalten bleibt. Die Aussprache ergibt, daß Meinungsverschiedenheiten über die An-

Digitized by Google

gelegenheit bestehen. Es wird noch hingewiesen auf § 6 der Verordnung über Krankenversicherung im vaterländischen Hilfsdienst, der die Möglichkeit der Rückkehr in die alte Kasse gibt. Damit werde wahrscheinlich auch wieder eine Einsetzung in das Amt vorgenommen werden können.

5. Das Verfahren bei Satzungsänderungen, wenn es sich um Einführung von Mehrleistungen handelt, die vor Erlaß des Notgesetzes, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, bei der betr. Kasse noch nicht bestanden. Es herrscht Übereinstimmung darüber, daß hier eine Satzungsänderung mit dem in der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Verfahren unerläßlich ist. Die Kassenvertreter halten aber eine Vereinfachung des Verfahrens in der Weise für wünschenswert, daß die Mitwirkung des Ausschusses fortfällt.

6. Wie kann den bei ihrer Kasse weiterversicherten Kriegsteilnehmern bei Beurlaubungen zur Rüstungsindustrie die Weiterversicherung bei der alten Kasse erhalten bleiben? Der Verband der Betriebskrankenkassen hatte angeregt, daß die Weiterversicherung bei der alten Kasse auch dann zulässig sein soll, wenn durch die Beschäftigung in der Rüstungsindustrie eine andere Kasse zuständig wird. Damit sind aber die anderen Kassenverbände nicht einverstanden. Man hält es für wünschenswert, daß eine dem § 6 der Verordnung über Krankenversicherung aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes nachgebildete Verordnung erlassen wird, soweit diese Sache nicht bereits durch diese Vorschrift geregelt ist.

Die übrigen besprochenen Gegenstände betreffen die Zulässigkeit der Erhöhung der Krankenkassenbeiträge über 4½ v. H. des Grundlohnes (es wird hier eine Verordnung in Aussicht gestellt) und die Förderung der Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden noch während des Krieges. Letztere ist in den hauptsächlichsten Orten, in denen Hausgewerbetreibende vorhanden sind, bereits statutarisch geregelt worden.

Die Ortskrankenkassen im Jahre 1916.

Die Geschäftsberichte der Krankenkassen auf das Jahr 1916 sind nun fast vollständig erschienen. Sie geben wieder, wie immer, ein anschauliches Bild von der Entwicklung der Krankenversicherung und der vielgestaltigen Tätigkeit der Krankenkassenverwaltungen. Namentlich jetzt, in der Kriegszeit, dürften die Berichte ein gesteigertes Interesse beanspruchen, weil sie zeigen, wie der Krieg auf die Krankenversicherung einwirkt und wie die Krankenkassen bemüht sind, sich den Bedürfnissen der Zeit anzupassen. Besehen wir uns zunächst heute einmal die Berichte der wichtigsten Träger der Krankenversicherung, der Ortskrankenkassen.

Die OKK. München (182 482 Mitglieder am Schlusse des Jahres) legt dar, daß durch den Krieg die Kassengeschäfte „nicht unerheblich angewachsen und zum Teil erschwert worden" seien. Verschärft wurde dieser Zustand durch die notwendige Einstellung von Hilfskräften, so daß die Verwaltungsausgaben eine wesentliche Erhöhung erfuhren. Die OKK. Hannover berichtet, daß die unzähligen Kriegsvorschriften, wie kaum anders zu erwarten, mehr oder weniger das Gepräge der überhasteten Entstehung und damit der Unvollständigkeit und leider auch manchmal mangelnder Folgerichtigkeit an sich tragen. Die OKK. der Buchdrucker in Hamburg spricht von den durch „den Krieg hervorgerufenen Verwaltungsschwierigkeiten", die zu einer Überlastung des Personals führten.

In der äußeren Organisation der Krankenversicherung hat sich wenig verändert. Die Neigung zur Zentralisation der Kassen setzt sich fort; nicht selten wird berichtet, daß sich eine Betriebskrankenkasse aufgelöst und mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse vereinigt habe. In Velbert wurde die letzte Betriebskrankenkasse aufgelöst, so daß die Allgemeine Ortskrankenkasse die einzige vorhandene Kasse ist. Der Bericht ist der Meinung, daß eine solche örtliche Zentralisation kaum in einer anderen Stadt von der Größe Velberts durchgeführt ist. Im Gegensatz hierzu klagt die Allgemeine OKK. Posen wieder ihre Not, weil dort neben ihr noch zehn besondere Ortskrankenkassen zugelassen sind. Wenn einmal ein Mitglied krank werde, so suchten die besonderen Ortskrankenkassen es auf die Allgemeine Kasse abzuschieben. Die OKK. Bochum berichtet, daß dort von zwei Tiefbauunternehmern Betriebskrankenkassen errichtet worden seien, obschon die Unternehmer in bezug auf Vernachlässigung der Meldepflichtigen immer an erster Stelle standen. Alle Bemühungen, auch bei den Behörden, die Errichtung zu verhindern, waren vergeblich.

In der Mitgliederbewegung treten rechte Verschiedenheiten in die Erscheinung. Setzte sich auch im allgemeinen die Abnahme der Mitgliederzahlen fort (die OKK. Neustadt a. d. Haardt verlor z. B. gegenüber der Friedenszeit rund 3000 Mitglieder, das ist mehr wie ein Drittel der Gesamtmitgliederzahl), so gab es gleichwohl nicht wenige Kassen, die wieder eine Zunahme zeigten. Allerdings bestand diese fast immer nur im Zugang weiblicher Mitglieder. Diese Veränderungen treten besonders stark bei der Allgemeinen OKK. Berlin hervor. Bei dieser verminderte sich von 1915 zu 1916 die Zahl der männlichen Mitglieder von 152 375 auf 126 748, dagegen erhöhte sich diejenige der Frauen von 261 891 auf 277 790. Eine große Zahl von weiblichen Mitgliedern haben die Allgem. OKK. Magdeburg, nämlich 36,0 v. H. männliche und 64,0 v. H. weibliche, Darmstadt mit 34,4 bzw. 65,6 Altona mit 47,0 bzw. 53,0. Es gehört fast zu den Seltenheiten, wenn bei manchen Allgem. Ortskrankenkassen noch die männlichen Mitglieder überwiegen. Zu diesen gehört die OKK. Mainz mit 52,0 v. H. männlichen und 48,0 v. H. weiblichen, Bremen mit 59,0 gegen 41,0. Dort, wo die Rüstungsindustrie einen starken Umfang angenommen hat, stiegen auch die Gesamtmitgliederzahlen stark, so z. B. bei der OKK. Riesa von rund 4000 auf 6900, Pirna durch Erweiterung eines Stahlwerks von 4397 auf 1791. Döbeln von 4688 auf 4918, Elmshorn von 5067 auf 5208 (wobei die weiblichen Mitglieder ab- und nur die männlichen zunahmen). Die OKK. Tuttlingen berichtet ebenfalls von „starker Beschäftigung der Industrie" und Erhöhung der Mitgliederzahl. Die Allgem. OKK. Karlsruhe erhöhte ihren Mitgliederbestand um 1069 auf 17 581, die für Handelsbetriebe in Karlsruhe um 63 auf 4451. Die Zahl der freiwilligen Mitglieder, insbesondere der Weiterversicherer befindet sich überall im Zunehmen. Bei der OKK. Osnabrück haben sich die weiblichen freiwilligen Mitglieder in den letzten fünf Jahren verdoppelt.

Die Krankheitsfälle sind bei den meisten Kassen wieder stark gestiegen. Die nach Kriegsausbruch vielfach festzustellende niedrige Krankheitsziffer hat nicht standgehalten. Die Ursachen dürften im Wiedereintritt von Kriegsbeschädigten, in den Er-

Digitized by Google

nährungsschwierigkeiten, den gesteigerten Arbeitsleistungen der Versicherten, der allgemeinen Nervosität, die der Krieg zeitigt usw. zu suchen sein. Bei der OKK. der Buchdrucker in Berlin vermehrten sich bei fast gleicher Mitgliederzahl die Erwerbsunfähigkeitstage von 229 952 im Vorjahr auf 319 607 im Berichtsjahr. Bei der OKK. Dortmund war im ersten Viertel des Berichtsjahres die Zahl der Erwerbsunfähigen so groß, daß die Ausgaben für Krankenfürsorge die Einnahmen um die Hälfte überstiegen und alle Mehrleistungen eingestellt werden mußten. Bei der OKK. Hanau vermehrten sich die Erwerbsunfähigkeitsfälle auf 100 Mitglieder von 1915 zu 1916 bei den Männern von 45,78 auf 55,30 und bei den Frauen von 33,29 auf 46,28; bei der OKK. Freiberg von 33,7 auf 38,0 bzw. 19,9 auf 28,4. Der durchschnittliche Krankenbestand erhöhte sich bei der OKK. Aachen von 2,3 auf 3,1 v. H., Köln von 3,1 auf 3,7 v. H. Bei der OKK. Meerane vermehrten sich trotz Abnahme der Mitgliederzahl die Krankheitstage von 41 262 auf 51 307, das Krankengeld nahm um 14 700 ℳ zu. Die OKK. Meißen spricht von einer bedeutend „höheren Krankheitsziffer", die sie auf den „Zugang älterer, weniger gesunder und kräftiger männlicher, sowie weiblicher Mitglieder, welche oft schwere Arbeiten verrichten", zurückführt. Bei der OKK. Bautzen erhöhten sich trotz Abnahme der Mitgliederzahl die Krankentage von 55 416 auf 75 115.

Die Ausgaben für ärztliche Behandlung zeigen vielfach eine Steigerung. Bei der OKK. Bonn stieg gegenüber dem Vorjahr dieser Aufwand um 10 612 ℳ, durch Erhöhung der Pauschale von 5,50 auf 6 ℳ pro Mitglied. Die OKK. Rastatt-Stadt mußte die bisherigen Pauschsätze um 50 v. H. erhöhen. Die OKK. Gießen berichtet von einem am 1. Januar 1916 in Kraft getretenen neuen Arztvertrag, der „eine schwere finanzielle Belastung" bringe. Die OKK. für die Stadt Gera schildert ihre Streitigkeiten mit den Ärzten, die zu einer Entscheidung des Schiedsgerichts führten. Die Ärzte forderten eine Erhöhung des Pauschbetrages von 7,50 auf 9,10 und bei Nichteinführung von Kurbezirken auf 10 ℳ. Das Schiedsgericht setzte für 1916 den Satz von 8 ℳ fest, von 1917 an gilt eine anderweite umständliche Berechnung. Der Kasse erwachsen 24 000 ℳ Mehrausgaben. In Geestemünde lief der Arztvertrag ab; da eine Einigung mit den Ärzten nicht zu erzielen war, wurde ein vorläufiger „Hilfsvertrag" abgeschlossen, der den Ärzten eine Mehreinnahme von 23 v. H. bringt. Ein schwerer Konflikt zwischen den Krankenkassen und Ärzten war in Krefeld ausgebrochen. Es wurde das Schiedsamt angerufen, vor dem es zu so lebhaften Auseinandersetzungen kam, daß die Vertreter der Krankenkassen vor demselben ihr Amt niederlegten. Einige Kassen heben besonders die wachsenden Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung hervor. So stiegen bei der OKK. Rosenheim-Stadt die Ausgaben für Zahnplomben um 60 v. H., für Zahnersatz um 54 v. H. usw. Die weiblichen Mitglieder verbrauchen hier mehr als doppelt soviel wie die männlichen.

Durch die Einberufung zahlreicher Ärzte zum Heeresdienst entstanden der ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder manche Schwierigkeiten. In Hamburg wurden von den Kassen neun kassenärztliche Polikliniken errichtet. Die OKK. Meißen spricht von „weit überlasteten" Ärzten. Die OKK. Greiz berichtet, daß die Vielbeschäftigtheit der Ärzte auf die Dauer zu Zuständen geführt habe, die weder im Interesse der Kasse, noch der Mitglieder, noch der Ärzte selbst liegen. Es sei daher der Versuch gemacht worden, einige Ärzte vom Heeresdienst zu reklamieren. Nach dem Bericht der OKK. Rudolstadt-Land war die Stadt Blankenburg mit Umgebung zwei Monate überhaupt ohne kassenärztliche Hilfe. Das habe schwere Folgen gehabt. Der Antrag der OKK. Osnabrück auf Befreiung eines Arztes vom Militärdienst wurde abgelehnt, da ein Notstand in der ärztlichen Versorgung der Stadt nicht anerkannt werden könne. Die OKK. Remscheid berichtet, daß sich infolge der vermehrten Einberufung der Ärzte ein wirklicher Notstand in der ärztlichen Versorgung der Einwohner herausgestellt habe. Der Zustand sei bedrohlich und der Kassenvorstand lehne jede Verantwortung ab. Die Sprechstunden mancher Ärzte dehnten sich bis tief in die Nacht aus.

Die Verteuerung der Arzneien kommt in den Berichten vielfach zum Ausdruck. Im allgemeinen suchten die Kassen dies Übel dadurch abzuschwächen, daß sie die Ärzte nicht nur um größte Sparsamkeit in der Verschreibung, sondern auch um Anwendung möglichst billiger Ersatzmittel ersuchten. Immerhin trat bei vielen Kassen eine Erhöhung der einschlägigen Ausgaben ein. Bei der OKK. Neukölln stiegen sie z. B. gegenüber dem Vorjahr um 50 635 ℳ. Der Durchschnittspreis der einzelnen Verordnung stieg von 69,50 auf 81,05 ℳ. Bei der OKK. Königsberg stiegen die Aufwendungen von 159 513 ℳ im Jahre 1915 auf 191 517 ℳ im Jahre 1916. Die OKK. Gelsenkirchen hatte bei gleichgebliebener Mitgliederzahl (6180) für Arzneien 9000 ℳ mehr aufzuwenden. Auf das Mitglied berechnet, stiegen die Ausgaben für Arzneien und Heilmittel gegen das Jahr 1915 in Kitzingen von 3,74 auf 4,49 ℳ, Landsberg a. W. von 3,02 auf 4,20 ℳ, Coschütz und Dölzschen von 3,93 auf 4,55 ℳ, Müllheim (Baden) von 2,06 auf 2,45 ℳ, Solingen von 4,71 auf 5,95 ℳ, was hier eine Gesamtmehrausgabe von 16 000 ℳ erforderte, Ludwigshafen a. Rh. von 3,17 auf 3,83 ℳ, wodurch eine Mehrausgabe von 53 098 ℳ entstand. Um eine sparsame Verordnungsweise herbeizuführen, errichteten die Hamburger Krankenkassen eine Prüfungsstelle für die Rezepte. Die Kosten der Stelle werden durch Umlage von den angeschlossenen Kassen aufgebracht. Die OKK. Berlin-Friedenau, bei der sich die Ausgabe für Arznei pro Mitglied von 3,07 auf 3,65 ℳ erhöhte, stellte einen „Rezeptrevisor" an, der viele „Abstriche" machte.

Die Aufwendungen für Wochenhilfe sind infolge der erheblichen Abnahme der Zahl der Geburten überall stark zurückgegangen. Die Kassen unterscheiden in ihren Berichten zwischen den Aufwendungen aus eigenen Mitteln und den Verlägen für das Reich und die Lieferungsverbände. Es zeigt sich hier, daß die Kassen durch die Bundesratsverordnungen doch erhebliche Mehrausgaben aus eigenen Mitteln für Entbindungen und Stillgelder machen müssen. Bei der OKK. Lüdenscheid verminderten sich die eigenen Aufwendungen für Wochenhilfe von 29 152 ℳ im Jahre 1915 auf 15 862 ℳ im Jahre 1916.

Die Verpflegegelder in den Krankenhäusern wurden vielfach hinaufgesetzt. Das wurde mit der Preissteigerung für die Lebensmittel begründet. In Mannheim trat eine Erhöhung von 3 auf 4 ℳ ein, was eine jährliche Mehrausgabe von 60 000 ℳ erfordert. In Nürnberg wurde der Satz ebenfalls auf 4 ℳ erhöht, wodurch sich die Ausgaben für Krankenhausbehandlung von 208 267 ℳ

Digitized by Google

im Jahre 1915 auf 270 472 ℳ im Jahre 1916 erhöhten. In Lübeck trat eine Erhöhung von 2,75 auf 3,25 ℳ ein. Die OKK. für den Landkreis Bochum berichtet von einer Erhöhung von 2,20 bis 2,50 ℳ auf 3 ℳ, wodurch bei verminderter Mitgliederzahl eine Steigerung der Gesamtausgaben für Krankenhauspflege von 47 863 ℳ auf 64 647 ℳ eintrat. In Köln wurde eine Erhöhung von 2,50 auf 3 ℳ vorgenommen, was für die dortige Allgem. OKK. eine Mehrausgabe von rund 100 000 ℳ im Jahre 1916 bewirkte.

Die Beitragshinterziehungen durch ungenügende Meldungen scheinen erhöhten Umfang anzunehmen. Die OKK. Brieg (5443 Mitglieder) hat durch Kontrollen Hinterziehungen von mehr als 1000 ℳ festgestellt. Ähnliche Klagen bringt auch die OKK. Kahla vor. Die OKK. für die Stadt Forst i. L. berichtet ebenfalls ausführlich, daß sich trotz aller Belehrungen eine Anzahl Arbeitgeber über die Meldepflichten leicht hinwegsetze. Oft ergingen die Meldungen zu spät, unvollständig und unrichtig. Die OKK. Stellingen (nur 3150 Mitglieder) stellte mehr zufällig 370 Verstöße gegen die Meldevorschriften fest, wobei kleinere Überschreitungen, wie Verspätungen, nicht eingerechnet sind. Die OKK. Erlangen bemerkt, daß die seitherige Rücksicht und Milde und wiederholte Ermahnungen vergeblich waren und die Nachlässigkeiten nur begünstigten. Die Kasse geht daher mit schärferen Maßnahmen vor. Über die Einhebung der Zusatzbeiträge schreibt die OKK. Bautzen, daß sie immer schwieriger werde. Im gleichen Sinne äußert sich auch die OKK. Frankfurt a. M. Die OKK. Apolda faßte den Beschluß, die Beiträge der freiwilligen Kassenmitglieder, soweit sie nicht bis zum 8. des folgenden Monats bei der Kassenverwaltung eingezahlt werden, durch einen Boten abholen zu lassen. Für das Abholen wird eine Gebühr von 5 ₰ berechnet. Durch die Einrichtung soll das so häufige Verfallenlassen der Mitgliedschaft vermieden werden. Die OKK. Uelzen klagt ebenfalls über zahlreiche Säumige unter den freiwilligen Mitgliedern. Sie führte eine Mahnung ein, wofür eine Gebühr zu entrichten ist. — Die früher in manchen Orten bewirkte Entrichtung der freiwilligen Beiträge für die Kriegsteilnehmer aus Gemeindemitteln ist meist wieder eingestellt worden. So in Liegnitz, wo die Stadt bis 1. April 1916 zusammen 74 179 ℳ aufwendete. Ähnlich auch in Leipzig.

Die gelblichen Kassenergebnisse sind meist keine günstigen. Die Berichte klagen über Fehlbeträge und Zuschüsse aus der Rücklage oder wenigstens Abnahme der Überschüsse. Eine große Zahl von Kassen war gezwungen eine Erhöhung der Kassenbeiträge vorzunehmen. Die OKK. Plauen schloß mit einem erheblichen Fehlbetrag, so daß sie die Beiträge von 3 auf 4 v. H. erhöhen mußte. Die OKK. Straßburg i. E. hatte bei etwa gleicher Reineinnahme wie im Vorjahre eine Mehrausgabe von 190 000 ℳ, davon rund 100 000 ℳ für Krankenpflege. Die OKK. Essen verzeichnet eine Vermögensabnahme von 5837 ℳ, die OKK. Pforzheim mußte der Rücklage Gelder entnehmen, die OKK. Wiesbaden hatte bei fast gleicher Mitgliederzahl eine Mehrausgabe für Krankenpflege von 37 000 ℳ und für Krankengeld von 76 000 ℳ. Allerdings nahm die Kasse eine Erhöhung des Krankengeldes von 50 auf 60 v. H. des Grundlohnes vor. Bei der OKK. Leipzig verminderten sich trotz Erhöhung der Mitgliederzahl die Einnahmen um 524 495 ℳ auf 7 224 375 ℳ. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben um 114 966 ℳ auf 6 725 361 ℳ. Die Kasse hat freilich ebenfalls eine Ausgestaltung der Kassenleistungen vorgenommen. Die OKK. Bremerhaven mit ihren nur 4548 Mitgliedern mußte der Rücklage 17 000 ℳ entnehmen. Die OKK. Krefeld erhöhte die Beiträge von 3 auf 3½ v. H., hatte aber trotzdem einen Fehlbetrag von 85 055 ℳ. Die OKK. Weimar hatte bei Verminderung der Einnahmen um rund 5000 ℳ. Mehrausgaben für Krankengeld um 4000 ℳ, für Arzneien um 5000 ℳ und für Krankenhauspflege von 6000 ℳ. Die OKK. Berlin-Schmargendorf hatte einen Fehlbetrag von 4900 ℳ, die OKK. Eilenburg von 7021 ℳ, die OKK. Zwickau schließt mit einem Fehlbetrag von 5088 ℳ, der allerdings fast lediglich durch eine Ausgestaltung der Krankengeldzahlung für Wartetage und Feiertage entstanden ist. Die OKK. Blasewitz und Loschwitz hat trotz Beibehaltung der Kriegsbeiträge von 4½ v. H. einen weit geringeren Überschuß als im Vorjahr. Schuld sei die Preissteigerung für alle Artikel der Krankenpflege, die vermehrte Zahl der Sterbefälle usw. Die OKK. Jena war vom September 1916 an gezwungen, die Mehrleistungen (mit Ausnahme der Familienhilfe) zu beseitigen und die Beiträge auf 4½ v. H. zu erhöhen. Die OKK. für den Kreis Waldenburg mußte der Rücklage 6000 ℳ entnehmen. Die OKK. Hameln (5800 Mitglieder) hatte eine Verminderung der Beitragseinnahme von 4000 ℳ und eine Mehrausgabe an Krankengeld von 6000 ℳ. Es mußten daher die Beiträge auf 4½ v. H. erhöht werden. Die OKK. Fulda erhöhte die Beiträge von 3 auf 3½ v. H. Die ungünstige Geschäftslage zwang die OKK. Potsdam, eine kleine Erhöhung der Beiträge und eine teilweise Herabsetzung der Leistungen vorzunehmen. Das Versicherungsamt verfügte aber eine Beitragserhöhung auf 4½ v. H. und völligen Wegfall der Mehrleistungen. Die Allgem. OKK. Steglitz hatte bei etwa gleichgebliebener Mitgliederzahl für Krankenhilfe 48 095 ℳ Mehraufwendungen.

Eine Anzahl Kassen erzielte zwar noch Überschüsse, indes lediglich durch Fortlassung früherer Mehrleistungen oder durch die infolge des Notgesetzes eingetretene Beitragserhöhung. So weist die OKK. Halle a. S. zwar einen Überschuß von 71 214 ℳ nach, jedoch nur, weil sie noch nicht die früheren Mehrleistungen vollzählig wieder eingeführt hat. Die OKK. Brandenburg berichtet über befriedigende Geschäftsergebnisse, führt diese aber lediglich auf die Wirkung des Notgesetzes über die Leistungsfähigkeit der Kassen zurück. Die OKK. Bernburg erhöhte ihr Vermögen, jedoch lediglich durch eine Beitragserhöhung. Die OKK. für die Landgemeinden um Gera erhöhte die Beiträge von 4 auf 4½ v. H., sonst wäre ein Fehlbetrag von 5300 ℳ eingetreten. Ähnlich verhielt es sich bei der OKK. Glauchau, die eine Beitragserhöhung von 3 auf 4 v. H. vornehmen mußte. Der OKK. Rathenow war die Erhaltung der Mehrleistungen nur durch eine Beitragserhöhung von 3½ auf 4 v. H. möglich. Die OKK. Reichenbach i. V. erzielte einen Überschuß von 3751 ℳ, lediglich als Folge des Wegfalls der Mehrleistungen. In Bedrängnis geriet auch die OKK. Elberfeld, die deshalb durch eine Verschiebung der Lohnstufen Mehreinnahmen zu erzielen sucht. Bei der OKK. des Saalkreises in Halle erhöhten sich die Ausgaben um 44 200 ℳ, die Einnahmen aber nur um 7848 ℳ. Es mußte eine Beitragserhöhung vorgenommen werden. Die OKK.

Digitized by Google

Wurzen führt die Steigerung aller Ausgaben als Grund für eine Beitragserhöhung an. Die OKK. Falkenstein hat nicht, wie im voraufgegangenen Jahr, einen Fehlbetrag, erreichte das aber nur durch Hinaufsetzung der Beiträge von 3 auf 4 v. H. bei Jahresbeginn.

Der Ausbau der Kassenleistungen hat weitere Fortschritte gemacht. Es ist das im Hinblick auf die Anspannung der geldlichen Verhältnisse der Kassen besonders beachtenswert. Die allermeisten Kassen waren bestrebt, diese oder jene Mehrleistung einzuführen und so zur Linderung der Kriegsnöte beizutragen. Die OKK. Frankfurt a. M. führte Zuschüsse zu Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung bis zum Betrage von 50 ℳ für Mitglieder und bis zum Betrage von 30 ℳ für Familienangehörige ein. Die Mehrbelastung schätzt die Kasse auf 100 000 ℳ jährlich. Zur Unterbringung kränklicher Kinder auf dem Lande stellte die Kasse 50 000 ℳ zur Verfügung. Die Stuttgarter Ortskrankenkassen führten nicht nur eine Reihe früherer Mehrleistungen wieder ein, sie erhöhten auch mit Rücksicht auf die Teuerung die Kranken- und Wochengelder von 50 auf 60 v. H. des Grundlohnes. Die OKK. Offenbach führte eine Reihe Mehrleistungen ein, darunter auch die Erhöhung des Hausgeldes von 50 auf 75 v. H. des Krankengeldes. Eine wichtige Neuerung führte die OKK. für das rechtsrh. Düsseldorf ein. Sie erhöhte das Krankengeld auf 60 v. H. des Grundlohns für solche Mitglieder, die vier und mehr Kinder zu erhalten haben. Noch eingehender wurde das Hausgeld nach der Kinderzahl abgestuft. Es beträgt 70 v. H. des Krankengeldes, wenn drei oder vier Kinder, und 80 v. H., wenn fünf oder mehr Kinder vorhanden sind. Die OKK. Bonn erhöhte das Hausgeld von der Hälfte auf den vollen Betrag des Krankengeldes. Die OKK. Berlin-Pankow führte sämtliche früheren Mehrleistungen wieder ein, ohne ihre Gewährung von einer Wartezeit abhängig zu machen. Die OKK. für Kaufleute in Breslau erhöhte das Krankengeld von 50 auf 55 v. H. des Grundlohnes. Die OKK. Zittau hielt es bei der Steigerung der Lebensmittelpreise für unerläßlich, das Krankengeld auf 60 v. H. des Grundlohnes zu erhöhen, obgleich sie weiß, daß ihre Geldverhältnisse das nicht auf die Dauer vertragen. Die OKK. Aue i. Erzgeb. führte trotz Steigerung aller Ausgaben eine Erweiterung der Familienhilfe und Zahlung des Krankengeldes für Feiertage ein. Die OKK. für kaufmännische Geschäfte in Hamburg erhöhte das Krankengeld auf $^3/_5$ des Grundlohnes. Die OKK. Königsberg führte neben Wiedergewährung aller früheren Mehrleistungen eine Erhöhung des Krankengeldes auf $^3/_5$ des Grundlohnes ein. Die OKK. Kronach führte die Gewährung des Krankengeldes vom 2. Tage an und für Sonn- und Feiertage ein. Die OKK. Kassel erhöhte das Krankengeld auf 70 v. H. des Grundlohnes für solche Mitglieder, die Anspruch auf Mehrleistungen haben, und das Hausgeld von ½ auf ¾ des Krankengeldes. Die OKK. Hertigswalde und Umgegend baute die Familienhilfe aus und führte sonstige Mehrleistungen ein. Die OKK. Merseburg führte Zuschüsse zu großen Heil- und Hilfsmitteln und Sterbegeld für Familienangehörige ein. Die OKK. der Stadt Marburg erhöhte das Krankengeld auf 60 v. H. des Grundlohnes. Die OKK. Geestemünde führte eine Erhöhung des Kranken-, Haus- und Sterbegeldes und Bezahlung von Krankengeld für Feiertage ein. Die OKK. Dohna führte eine ganze Reihe Mehrleistungen neu ein, darunter Erhöhung des Hausgeldes auf ¾ des Krankengeldes usw. Die OKK. für das kaufmännische Personal in Düsseldorf führte umfangreiche neue Mehrleistungen ein: Erhöhung des Kranken-, Haus- und Sterbegeldes, der Zuschüsse zu den Kosten der ärztlichen Behandlung Familienangehöriger usw., die der Kasse von 12 100 Mitgliedern 40 000 ℳ Mehrausgaben bringen.

Die Behörden zeigten in der Genehmigung der Mehrleistungen das größte Entgegenkommen. Nur die OKK. Danzig berichtet, daß ihr Vorhaben, alle früheren Mehrleistungen wieder einzuführen, in allen Instanzen mit der Begründung abgelehnt wurde, daß nach Beendigung des Krieges eine starke Steigerung der Aufwendungen zu erwarten stehe. Der OKK. Bremen wurde die Wiedereinführung der Familienhilfe, selbst bei einem Zusatzbeitrag von 1,50 ℳ monatlich, nicht gestattet, weil die Lage der Kasse zu ungünstig sei.

Die eigenen wirtschaftlichen Unternehmungen der Kassen werden immer mehr ausgestaltet. Die OKK. Dresden betreibt ein Genesungsheim für Männer und eins für Frauen. Ersteres wurde durch Ankauf des Schlosses Neuwettinhöhe erweitert. Außerdem besitzt sie eine Zahnklinik, eine physikalische Heilanstalt, die durch Anfügung eines Radiumbades ausgestaltet wurde, und eröffnete eine Beinklinik. Die OKK. Kiel eröffnete am 3. Januar 1916 eine zahnärztliche Klinik, die bis Ende des Jahres von 8443 Kranken 25 437 mal besucht wurde. Die OKK. Sonneberg errichtete eine Badeanstalt. Sie unterhält auch eine Walderholungsstätte mit einem Viehbestand, der Milch für die Schwerkranken liefert. Die OKK. Bergedorf errichtete eine Zahnklinik, die mit allen Einrichtungen der Neuzeit ausgestattet ist. Die OKK. Neumünster (6500 Mitglieder) errichtete ebenfalls eine Zahnklinik, die in einem Anbau zum Verwaltungsgebäude untergebracht wurde. Auch die OKK. Frankfurt a. M. errichtete eine Zahnklinik, konnte sie jedoch aus Gründen, die mit dem Krieg zusammenhängen, noch nicht eröffnen. Die Errichtung eigener Geschäftshäuser macht immer weitere Fortschritte. Die OKK. Montabaur erwarb ein solches und entnahm dazu 9000 ℳ der Rücklage. Die OKK. Speyer (7200 Mitglieder) schuf sich ein Geschäftshaus durch einen Neubau.

Die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden ist fast in allen größeren Städten wieder hergestellt worden. In Hamburg trat sie, wie die dortige OKK. für das Bekleidungsgewerbe ausführlich berichtet, am 1. Januar 1916 wieder in Kraft. Nur im Kgr. Sachsen ist die Wiedereinführung noch sehr im Rückstand. Die OKK. Dresden legt in ihrem Bericht ausführlich dar, welche Widerstände sich in Dresden wie im ganzen Lande geltend gemacht haben. Nur in wenigen sächsischen Städten, wie Leipzig, Meerane, Glauchau ist diese Versicherung wieder eingeführt.

Die Wohnungsuntersuchungen werden in wachsendem Umfange von den Kassenverwaltungen gepflegt. Die Allgem. OKK. Berlin gibt wieder einen umfangreichen Bericht über ihre Arbeiten auf diesem Gebiete in den Jahren 1915 und 1916 heraus. Sie prüfte in den beiden Jahren rund 40 000 Aufenthaltsräume erwerbsunfähig Kranker. Ihre Feststellungen zeigen wieder viele Mißstände im Wohnungswesen. Die OKK. Kottbus untersuchte bei 2875 Kranken die Wohnungsverhältnisse. Die OKK. Barmen stellte fest, daß von 316 erwerbsunfähigen

Digitized by Google

Männern 143 mit anderen Personen zusammenschliefen.

Sonstige bemerkenswerte Mitteilungen sind in den Berichten vielfach zu finden. Die OKK. für die Fabriken in Köln unterhält für die in Belgien tätigen Mitglieder (rund 2000) eine Zweigstelle. Die Krankenfürsorge wurde den belgischen Verhältnissen angepaßt. — Die OKK. für den Kreis Sondershausen sandte allen bei der Kasse versichert gewesenen Kriegsteilnehmern, und zwar 384, Weihnachtspakete mit Zigarren, Schokolade, Ölsardinen usw. Die Aufwendungen wurden durch freiwillige Spenden aufgebracht. Die Allgem. OKK. Waltershausen besorgt die Ausgabe der Aufnahmekarten für die Angestelltenversicherung, außerdem verwaltet sie den Arbeitsnachweis und ist „Hilfsdienstmeldestelle". Die OKK. Fürth errichtete eine eigene Ruhestands- und Hinterbliebenenfürsorge für ihre Angestellten. Die OKK. Waldenburg i. Schl. veranstaltete öffentliche Vorträge über die Geschlechtskrankheiten.

Diese Beispiele zeigen, daß es wieder eine gewaltige Menge sozialpolitischen Stoffes ist, der in den Geschäftsberichten aufgespeichert ist und der mancherlei Anregungen gibt.

Organisation und Leistung der deutschen Sozialversicherung.

Die staatlich organisierte Versicherung gegen Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter hat sich im Laufe der Jahre zu einer der wichtigsten volkswirtschaftlichen Einrichtungen entwickelt. Sie beeinflußt bereits in stärkstem Maße unser soziales und geschäftliches Leben und Treiben. Von ihrer Bedeutung läßt sich eine Vorstellung schon durch die Betonung der Tatsache geben, daß im Deutschen Reiche rund 45 Millionen Menschen Ansprüche auf die Leistungen der Träger jener Versicherung haben und daß an jedem Tage durchschnittlich 2½ Millionen Mark an Entschädigungen ausgezahlt werden. Annähernd eine Million Personen sind beruflich oder ehrenamtlich in den Organen der Versicherungsträger mit der Durchführung der Versicherung beschäftigt. Das Vermögen der Versicherungskörperschaften betrug Ende des Jahres 1916 rund vier Milliarden Mark. Immer ausgedehnter werden dank des fast allseitigen Bestrebens, die Versicherung auszugestalten, die mit dieser in Zusammenhang stehenden Einrichtungen.

Aus dem Gebiete der Krankenversicherung ist hervorzuheben, daß nach der Neuordnung durch die Reichsversicherungsordnung noch 9600 Krankenkassen vorhanden sind. Sie hatten am 1. Juli 1914 rund 17 Millionen Mitglieder. Es sei aber darauf verwiesen, daß sehr viele Kassen ihre Leistungen auch den Familienangehörigen (Frauen und Kindern) der Versicherten gewähren, so daß sich die Zahl der Anspruchsberechtigten hierdurch etwa verdoppelt, wenn nicht verdreifacht. Im Jahre 1913 beliefen sich bei allen Kassen die Einnahmen auf 539 Millionen Mark, die Ausgaben auf 515 Millionen Mark. Von den letzteren entfielen auf die ärztliche Behandlung 94 Millionen Mark, auf Arzneien und sonstige Heilmittel 60½ Millionen Mark, Verwaltung 26 Millionen Mark. Die Kassen verfügten am Schlusse des Jahres 1913 über ein Vermögen von 311 Millionen Mark. Das ergibt auf das einzelne Mitglied den Betrag von 24 *M*. Von 1885 bis Ende 1913 haben die Krankenkassen ihren Mitgliedern in 101 840 448 mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankungsfällen für 1 896 863 917 Krankheitstage Krankengeld gezahlt oder Vergütung für Behandlung in Krankenanstalten gewährt. In den Kassenverwaltungen sind rund 23 000 Beamte und Angestellte beschäftigt. Die Kassen pflegen auch immer mehr die eigenen wirtschaftlichen Unternehmungen. Rund 150 Kassen besitzen eigene Verwaltungsgebäude, 20 Genesungsheime, 15 Zahnkliniken, 12 Badeanstalten usw. Die in den Krankenkassenorganen ehrenamtlich tätigen Personen (Ausschuß- und Vorstandsmitglieder) sind auf rund 500 000 zu schätzen.

In der Unfallversicherung sind in rund 6½ Millionen Betrieben rund 23 Millionen Personen versichert. Im Jahre 1916 kamen 601 004 Betriebsunfälle zur Anmeldung, von denen 103 367 erstmalig entschädigt wurden. Die im Jahre 1916 verausgabten Entschädigungen (Renten usw.) betrugen 177 Millionen Mark. Sie wurden gezahlt an 848 274 Verletzte, 106 124 Witwen, 113 392 Kinder Getöteter, 5062 sonstige Hinterbliebene. Daneben erhielten 20 000 Familienangehörige von Verletzten, die in Heilanstalten untergebracht waren, die gesetzlichen Unterstützungen, so daß im Jahre 1916 zusammen 1 101 019 Personen Bezüge auf Grund der Unfallversicherung erhielten. Im Dienste der Berufsgenossenschaften standen 7273 Vorstandsmitglieder, 24 858 Vertrauensmänner, 5556 Verwaltungsbeamte. Die Gesamtausgabe in der Unfallversicherung beträgt 210 Millionen Mark im Jahre.

Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gewährte im Jahre 1916 an 2 032 877 Personen Leistungen (Renten usw.), daneben an rund 80 000 Personen Heilverfahren in Heilstätten usw. Die Zahl der laufenden Invalidenrenten beträgt 1 030 959, die der Altersrenten 166 416, Waisenrenten 385 748. Im Jahre 1915 betrugen die Entschädigungsleistungen 252 Millionen Mark, das Vermögen 2354 Millionen Mark. Bei den Versicherungsträgern sind beschäftigt 416 Mitglieder der Vorstände, 4662 Kanzlei- und Bureaubeamte, 4142 Angestellte der Heilstätten usw. Außerdem sind 850 Personen ehrenamtlich in den Vorständen und Ausschüssen tätig. Die Versicherungsanstalten haben 92 Millionen Mark in eigenen Veranstaltungen (Genesungsheimen, Krankenhäusern usw.) angelegt.

In der Angestelltenversicherung waren Ende 1916 rund 1 976 600 Angestellte versichert. Die Beitragseinnahmen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte belaufen sich auf 110 Millionen Mark im Jahre. Das Vermögen der Anstalt betrug Ende des letzten Jahres bereits 518 Millionen Mark. Die Anstalt beschäftigt rund 2600 Beamte. Im Reiche sind rund 1000 „Ortsausschüsse" und eine große Zahl „Vertrauensmänner" ehrenamtlich für die Versicherung tätig. Die hauptsächlichste Leistung dieses Versicherungszweiges sind gegenwärtig die Heilverfahren, die im Jahre 1916 für 16 804 Versicherte bewilligt wurden.

Bei den Versicherungsbehörden, die mit der Durchführung der sozialen Versicherung betraut sind, werden ebenfalls eine große Anzahl Beamte beschäftigt, so besonders (abgesehen von den Versicherungsämtern, die gemeindliche Einrichtungen sind), bei den 105 Oberversicherungsämtern und dem Reichsversicherungsamt, sowie bei den drei Landesversicherungsämtern, die in Bayern, Sachsen und Baden

Digitized by Google

fortbestehen und — in gewissen Grenzen — an die Stelle des Reichsversicherungsamts treten.

Es gibt noch viele Leute, denen die hohe Bedeutung der sozialen Versicherung noch nicht zur Kenntnis und zum Verständnis gekommen ist. Sie sollten schon auf Grund der Ziffern dem gewaltigen Bau ihre Würdigung nicht versagen.

Die Anwartschaft Beurlaubter in der Angestelltenversicherung.

Nach § 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte erlischt die gegenwärtige Anwartschaft, wenn weniger als acht Beitragsmonate während eines Kalenderjahres zurückgelegt werden. Nach § 50 Abs. 1 lebt die Anwartschaft wieder auf, wenn der Versicherte innerhalb des dem Kalenderjahr der Fälligkeit der Beiträge folgendem Kalenderjahr die rückständigen Beiträge nachzahlt. Ist eine Anwartschaft während der Wartezeit erloschen — und darum kann es sich jetzt nur handeln — so kann nach § 50 Abs. 2 die Reichsversicherungsanstalt die rückständigen Beiträge stunden. Der Antrag muß vor Ablauf des der Fälligkeit folgenden Kalenderjahres gestellt werden. Spätere Pflichtbeiträge können, soweit sie nicht gemäß § 49 erforderlich werden, auf die gestundeten Beiträge angerechnet werden. Durch die Anrechnung lebt die Anwartschaft wieder auf.

Es sind nun viele Fälle bekannt geworden, daß Angestellte Anwartschaften verloren haben, weil sie versäumt hatten, sich weiter zu versichern. Dies kommt vor allem in Frage, wenn der ehemals Versicherte eine Tätigkeit ausübt, die nicht unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fällt. Kommt es doch außerordentlich häufig vor, daß zum Heeresdienst eingezogene Angestellte auf Betreiben des Arbeitgebers zu einer Beschäftigung freigegeben werden, bei der sie nicht der Angestelltenversicherung unterliegen. Die Versäumnis beruht nicht immer auf Unachtsamkeit. Es gibt viele Versicherte, die glauben, wenn sie vom Militär in einen staatlichen Betrieb zur Arbeitsleistung beurlaubt oder zurückgestellt werden, immer noch zu den Personen des Soldatenstandes zu gehören, und daß ihnen die fragliche Zeit als Militärdienstzeit im Sinne der Verordnung vom 26. August 1915 (ArbVers. 1915 S. 643) angerechnet wird. Stellt sich dann heraus, daß der Betreffende nicht mehr zu den Personen des Soldatenstandes gehört, so ist es nicht zu spät, um die Beiträge nachentrichten zu können.

Die großen Arbeitsgemeinschaften für das einheitliche Angestelltenrecht, der kaufmännischen Verbände und der technischen Verbände, die rund 800 000 Mitglieder zählen, haben im September 1917 eine Eingabe an den Bundesrat gerichtet, in der sie darum ersuchen, den § 50 AngestVersGes. durch folgende Verordnung zu ergänzen:

> „Die Anwartschaft vom Heeresdienst zur Arbeitsleistung in einem Betriebe beurlaubter oder zurückgestellter Personen, die es versäumt haben, sich rechtzeitig weiter zu versichern, lebt wieder auf, wenn die Nachzahlung der rückständigen Beiträge spätestens bis zum Ablauf desjenigen Kalenderjahres erfolgt, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist. Stundungsanträge müssen ebenfalls innerhalb dieser Frist gestellt werden."

Diese Vorschrift soll eine Vergünstigung schaffen. Diese wird bereits durch § 8 der Bundesratsverordnung vom 26. August 1915 denjenigen Versicherten geboten, die während des Krieges infolge von Maßnahmen feindlicher Staaten verhindert sind, Beiträge zur freiwilligen Weiterversicherung zu zahlen. Da eine Tätigkeit, zu der jemand beurlaubt oder zurückgestellt wird, als Hilfsdiensttätigkeit anzusehen ist, so sei noch auf den § 18 der Verordnung vom 24. Februar 1917 über die Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten hingewiesen, wonach die Hilfsdiensttätigkeit wenigstens zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft angerechnet wird. Auch in solchen Fällen ist ja die Weiterversicherung zur Erlangung einer Rente zu empfehlen (um sobald als möglich die vorgeschriebene Mindestzahl der Beitragsmonate zu erlangen), selbst wenn die Fortversicherung in der niedrigsten Klasse geschieht. Es ist zu wünschen, daß die vorgeschlagene Ergänzung, die manche Härte beseitigen würde, vorgenommen wird.

Literarisches.

Kritische Beiträge zum Rechte der Invalidenversicherung. Von Julius Boecker, Staatsanwalt a. D. und Magistratsrat in Königsberg. 1915, Hartungsche Buchdruckerei. 92 Seiten.

Diese uns mit einiger Verspätung zugegangene Doktorarbeit eines bereits in reicher Verwaltungstätigkeit, insbesondere auch in der Praxis des Reichsversicherungsrechts bewährten Mannes ist eine bemerkenswerte Erscheinung. Sie greift — recht gegen die landläufige Art der „Dissertationen" zur Erlangung der Doktorwürde — in den Schatz der Beamtenerfahrung hinein und erörtert einen wichtigen Verfahrensabschnitt, unter praktischen Gesichtspunkten und auf Grund praktischer Fälle, an der Hand der maßgebenden Gesetzesvorschriften mit eindringendem Urteil und scharfem Sinne für das Verhältnis der einzelnen Vorschriften zueinander und für ihren Zweck. Behandelt werden: „Die Stellung des Versicherungsamts im Renten-Vorbereitungsverfahren" — „Die Begutachtung der Invalidität" — „Mängel im geltenden Recht und Änderungsvorschläge". Die wichtigen Aufgaben des Versicherungsamts und seines Vorsitzenden auf diesem Gebiete werden hell beleuchtet, und in der Beurteilung der zutage getretenen Meinungsverschiedenheiten und der Mängel des Verfahrens, sowie in der Erwägung der Mittel der Abhilfe bewährt sich, neben der genauen Rechtskenntnis und dem kritischen Sinne des Juristen, auch das reife Urteil des verständnisvollen Sozialpolitikers. Es gereicht uns zur Genugtuung, daß der Verfasser manche Anregung zu seinen Ausführungen in der Arbeiter-Versorgung gefunden hat.

Kriegswochenhilfe. Von Helmut Lehmann, Geschäftsführer des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen. Vierte durchgesehene und erweiterte Auflage. Berlin 1917, Formular-Verlag G. m. b. H. 63 Seiten.

Die neue Auflage ist durch die Verordnung vom

Digitized by Google

6. Juli 1917 über Wochenhilfe aus Anlaß des vaterländischen Hilfsdienstes veranlaßt. Sie bringt nunmehr den gesamten, die Kriegswochenhilfe betreffenden Rechtsstoff mit kurz gefaßten, verläßlichen Anmerkungen auf Grund der Begründung, unter Benutzung veröffentlichter Entscheidungen, Erlasse und Bescheide. Die Anerkennung des Wertes, die wir den früheren Auflagen zollen konnten (ArbVers. 1915 S. 214, 478 und 1916 S. 286), gilt auch für die neue. Den nunmehr sechs Verordnungen des Bundesrats ist auch die Bekanntmachung über Nachweisung, Verrechnung und Zahlung der von den Krankenkassen verauslagten Beträge für Kriegswochenhilfe angefügt.

Die Bürgerliche Kriegsbeschädigten-Fürsorge. Mit Vorschlägen zur Gesetzesreform von Dr. Erwin Ruck, o. Professor der Rechte an der Universität Basel. 3. Aufl. Basel 1917 bei Ernst Finckh. 47 Seiten.

Unter „bürgerlicher" Kriegsbeschädigtenfürsorge ist die freiwillige, soziale Fürsorge zu verstehen, deren Aufgabe es ist, die militärische oder gesetzliche Fürsorge für die Kriegsbeschädigten zu ergänzen. Auf die letztere geht der Verfasser nur insofern ein, als sie den Ausgangspunkt für die freiwillige, soziale Hilfe bildet. Das bietet den Anlaß, zunächst gewisse Mängel der Staatsfürsorge zu erörtern und ihre Beseitigung anzuregen; so insbesondere: die wünschenswerte Beschleunigung der Rentenfestsetzung, die Erweiterung der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte gegenüber dem zur Zeit nur hinsichtlich der Rentenhöhe anfechtbaren Verwaltungsbescheide, die grundsätzliche Bemessung der Rente nach dem Notbedarf der sozialen Schicht des einzelnen Beschädigten, die Berücksichtigung der Bedürftigkeit und der sozialen Lage auch bei der Familien- und Hinterbliebenenfürsorge usw. Der freiwilligen „bürgerlichen" Hilfstätigkeit aber werden Aufgaben und Wege gewiesen auf den Gebieten sowohl der Geldfürsorge als auch der Heilfürsorge, der Arbeitsfürsorge und der Familien- und Hinterbliebenenfürsorge. — Das Büchlein gibt mit Erweiterungen den Inhalt eines Vortrages wieder, dessen Absicht war, das Grundsätzliche darzustellen und rechtspolitisch zu werten, um so einen Überblick über den weiten Bereich der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge, einen Einblick in ihre großartige volkswirtschaftliche, kulturelle und ethische Bedeutung, und einen Ausblick auf die erstrebenswerte Rechtsentwicklung zu geben. Diese Absicht ist gelungen. Das Buch zeugt von genauer Kenntnis der in Betracht kommenden Verhältnisse. Es ist fesselnd und — was bei Schriften solchen Inhalts wichtig und wertvoll ist — auch warm geschrieben.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Kassenarzt und Krankenhausarzt in einer Person; Ansprüche gegen die Kasse.

1. Nach Schl. Antwort: Nach § 184 RVO. kann die Kasse unter bestimmten Voraussetzungen an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Krankenhauspflege gewähren. Das hiernach der Kasse zustehende Wahlrecht ist vom Vorstande als dem gesetzlichen Vertreter der Kasse auszuüben. Der Kassenarzt hat kein selbständiges Recht, Krankenhauspflege anzuordnen; er kann nur unter Umständen als Beauftragter des Kassenvorstandes zur Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus befugt sein (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3d zu § 184, und die zustimmende Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 564, Gründe S. 564). Die so eingewiesenen Versicherten sind daher Kassenpatienten, nicht aber Privatpatienten des Arztes. Wenn der Kassenarzt zugleich Krankenhausarzt ist, und wenn ihm in dieser Eigenschaft als Anstaltsarzt durch den Vertrag mit der Anstalt das Recht vorbehalten ist, die Vergütung für die ärztliche Behandlung der von ihm dem Krankenhaus überwiesenen Privatpatienten mit diesen zu vereinbaren, so geht das die Kasse nichts an. Denn entweder ist die Überweisung im Auftrage der Kasse erfolgt, so daß es sich, wie erwähnt, nicht um Privatpatienten des Arztes handelt; oder aber die Einweisung ins Krankenhaus ist durch den Arzt ohne Ermächtigung der Kasse erfolgt; dann liegt der Fall des § 184 RVO. überhaupt nicht vor, und die Kasse hat dem Versicherten lediglich die Leistungen aus § 182 RVO., also (außer dem Krankengelde, Heilmitteln und Arzneien) ärztliche Behandlung durch den Kassenarzt zu gewähren. Daß dieser zugleich Anstaltsarzt ist, und daß die Behandlung im Krankenhause stattgefunden hat, ist dann für die Leistungspflicht der Kasse ohne Belang. Sie schuldet dem Arzte nur, was der Vertrag zwischen ihr und ihm bestimmt. Glaubt der Arzt auf Grund von Vereinbarungen mit dem Versicherten mehr beanspruchen zu dürfen, so könnte er sich höchstens an ihn halten. Inwieweit aber solche Vereinbarungen gültig sind, ist eine andere Frage. Wir verweisen darüber auf ArbVers. 1917 Heft 11 S. 241 ff.

Sind während des Bezuges von Stillgeld Beiträge zu entrichten?

2. Nach L. E. Antwort: Arbeitsunfähige bleiben nach § 311 RVO. solange Mitglieder, wie die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Als Arbeitsunfähige im Sinne dieser Vorschrift haben aber nicht nur diejenigen zu gelten, die infolge Krankheit an der Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit verhindert sind, sondern auch Wöchnerinnen, solange ihnen Wochengeld zusteht. Denn während dieser Zeit wird bei ihnen Arbeitsunfähigkeit angenommen

Digitized by Google

(Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4 zu § 195 RVO.). Diese Vermutung greift aber nicht mehr Platz nach Beendigung des Bezuges von Wochengeld, auch wenn dann noch Stillgeld (§ 200 RVO.) gewährt wird. Denn dieses soll keinen Ersatz für etwaigen Fortfall eines Arbeitsverdienstes bilden, wie das Wochengeld, sondern der Wöchnerin nur die Möglichkeit einer besseren Ernährung bieten, damit sie das Kind stillen kann. Darum muß die Wöchnerin, sobald der Bezug des Wochengeldes aufhört, Beiträge zahlen, sofern sie nicht wieder ihre versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt, dennoch aber Mitglied bleiben will. Nun ist es freilich möglich, daß sie infolge des Wochenbettes über den Bezug des Wochengeldes hinaus arbeitsunfähig ist. Das wird aber nur dann der Fall sein, wenn das Wochenbett einen unregelmäßigen Verlauf nimmt; dann liegt aber Krankheit im Sinne der Krankenversicherung vor, so daß Anspruch auf Krankenhilfe besteht und aus diesem Grunde § 311 anzuwenden ist. In einem solchen Falle sind auch keine Beiträge für die Dauer der Krankenhilfe zu entrichten (§ 383 RVO.).

Zur Angestelltenversicherung der Lehrlinge.

3. Nach Duisburg. Antwort: Handlungslehrlinge sind nicht angestelltenversicherungspflichtig, und zwar auch dann nicht, wenn sie das 16. Lebensjahr erreicht haben (vgl. Gründe der Entsch. des Oberschiedsger. in ArbVers. 1917 S. 61). Bis zu diesem Alter unterliegen auch andere Lehrlinge nicht der Angestelltenversicherung. Im späteren Alter ist für sie die Art der Beschäftigung maßgebend. Üben sie nämlich eine Tätigkeit aus, die allgemein gemäß § 1 AVG. versicherungspflichtig macht, so gilt dies auch für sie vom vollendeten 16. Lebensjahr ab, sofern sie Entgelt beziehen. Immerhin muß dieser von wirtschaftlichem Belang sein, und das wird angenommen, wenn er die Hälfte des Ortslohnes jugendlicher Arbeiter oder Arbeiterinnen im Alter von 14 bis 16 Jahren übersteigt. (So Rentenausschuß Berlin in ArbVers. 1916 S. 187.) Die Tätigkeit eines Technikers und demnach unter den angegebenen Voraussetzungen auch diejenige eines technischen Lehrlings wird regelmäßig die Versicherungspflicht begründen.

Erstattungspflicht einer Kasse nach § 197 RVO., wenn die Wöchnerin bei ihr nur nach §§ 420, 425 beschränkte Ansprüche hatte.

4. Nach Tilsit. Antwort: Die Pflicht einer Kasse zur Erstattung von Leistungen der Wochenhilfe gemäß § 197 RVO. an die leistungspflichtige Kasse wird durch die eigene Leistungspflicht der in Anspruch genommenen Kasse begrenzt (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 197). Dies hat das Reichsversicherungsamt anerkannt, und es hat daraus folgerichtig hergeleitet, daß eine Kasse, für die überhaupt keine Pflicht zur Gewährung der Wochenhilfe bestand, auch nicht als erstattungspflichtig in Anspruch genommen werden kann (ArbVers. 1916 S. 299). Das trifft auch zu bei einer Kasse, gegen die die Wöchnerin nach § 420 keinen Anspruch auf Krankengeld und folglich nach § 425 auch keinen Anspruch auf Wochengeld hatte. Auch von dem Arbeitgeber kann in solchem Falle die leistungspflichtige Kasse nicht Erstattung auf Grund des § 197 verlangen; schon deshalb nicht, weil dem Arbeitgeber nach § 420 nicht irgendwelche Versicherungsleistungen, sondern nur die dort bezeichneten vertragsmäßigen Leistungen obliegen. Damit erledigt sich die weitere Frage, ob sich die Erstattungspflicht auch auf die besonderen Leistungen auf Grund des § 8 der Bek. vom 3. Dezember 1914 erstreckt. Wenn überhaupt eine Erstattungspflicht aus § 197 begründet wäre, so wäre die Frage nach § 9 der Bek. vom 28. Januar 1915 zu bejahen.

Sind Monteure mit mehr als 2500 ℳ Jahresarbeitsverdienst krankenversicherungspflichtig?

5. Nach Plön. Antwort: Ein Monteur, der einen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2500 ℳ hat, ist dann versicherungspflichtig, wenn er zu den unter Ziff. 1 im § 165 RVO. genannten Personen gehört; denn diese unterliegen der Krankenversicherungspflicht ohne Rücksicht auf die Höhe des Arbeitsverdienstes. Ob aber Monteure als Arbeiter, Gehilfen und Gesellen (Ziff. 1) oder als Angestellte in gehobener Stellung zu gelten haben (Ziff. 2), richtet sich nach der Art ihrer Beschäftigung, die keineswegs stets gleichartig ist. Beschränkt sie sich im wesentlichen auf die körperliche Tätigkeit, so sind sie Arbeiter oder Gehilfen. Ist aber ihre Stellung in erheblichem Maße eine leitende, unterstehen ihnen beim Montieren Hilfskräfte, denen sie Anordnungen geben, und die vielleicht auch von ihnen angenommen und entlassen werden, so befinden sie sich gleich Werkmeistern in gehobener Stellung. Die Entscheidung kann also nicht allgemein, sondern nur von Fall zu Fall auf Grund der Tätigkeit getroffen werden.

Rückforderung und Wiedereinziehung überhobener Rentenbeträge.

6. Nach A. Antwort: Das von Illing in ArbVers. 1917 S. 302 mitgeteilte Urteil erachtet die Rückforderung überhobener Rentenbeträge für unbegründet, wenn durch den Verbrauch dieser Beträge von einer Bereicherung des Empfängers nicht mehr die Rede sein kann (§ 818 Abs. 3 BGB.). Das Reichsgericht hat aber, im Hinblick auf die im § 622 RVO. enthaltene Sondervorschrift hinsichtlich der zu Unrecht gezahlten Unfallentschädigungen, im entgegengesetzten Sinn entschieden (Entsch. in Zivils. 81 S. 340). Sollte danach die Rentenempfängerin verurteilt werden, so dürfte die Wiedereinziehung auf Grund des Urteils nur in möglichst schonender Weise erfolgen (zu vgl. Handb. der UnfVers. I S. 554 Anm. 10 zu § 96 GUVG.). Ginge die Berufsgenossenschaft rücksichtslos vor, so würde Beschwerde beim Reichsversicherungsamt zu erheben sein.

Der Schriftleitung gehen fortlaufend von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern zahlreiche Entscheidungen zur Veröffentlichung zu. Alle diese Eingänge werden sorgfältig geprüft und gern aufgenommen, wenn ein allgemeineres Interesse an den erörterten Fragen erkennbar ist. Wir legen Gewicht darauf, neben den obersten Spruchstellen auch die Oberversicherungsämter und die Versicherungsämter zu Wort kommen zu lassen, und sind daher für Übersendung geeigneter Entscheidungen in Abschriften dankbar. „Arbeiter-Versorgung".

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1881 von G. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Kaskel; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1191 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 21. November 1917 | Heft 33

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger.

Von Rechtsanwalt Heine in Bochum.

§ 1542 RVO. lautet: „Soweit die nach diesem Gesetze (d. h. der RVO.) Versicherten oder ihre Hinterbliebenen nach anderen gesetzlichen Vorschriften Ersatz eines Schadens beanspruchen können, der ihnen durch Krankheit, Unfall, Invalidität oder durch den Tod des Ernährers erwachsen ist, geht der Anspruch auf die Träger der Versicherung insoweit über, als sie den Entschädigungsberechtigten nach diesem Gesetze (RVO.) Leistungen zu gewähren haben" . . . . . In dem Entwurf hieß es: „geht der Anspruch auf die Träger der Versicherung bis zum Betrag ihrer Leistungen über". Die jetzige Fassung entspricht einem Beschlusse der Kommission. Durch dieselbe werde, führte ein Kommissar des Bundesrats aus, der Auffassung entgegengetreten, daß der Versicherungsträger erst geleistet haben müsse, bevor der Anspruch des Verletzten oder seiner Hinterbliebenen auf den Versicherungsträger übergehe. Eine solche Auffassung wäre unrichtig, denn nach der Rechtsprechung (vgl. Entscheidungen des Reichsgerichts vom 26. Januar, 2. März, 29. Juni 1905, Bd. 60 S. 200 u. 207, Bd. 61 S. 164) vollziehe sich der Rechtsübergang nicht erst nach der Leistung, sondern bereits in dem Zeitpunkte, in dem die Leistungspflicht des Versicherungsträgers entstehe. Sei dies aber der Fall, so könne ein nach dem Rechtsübergange zwischen dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen einerseits und dem nach bürgerlichem Rechte zum Schadensersatz Verpflichteten abgeschlossener Vergleich dem Versicherungsträger nicht mehr zum Schaden gereichen. (Vgl. Petersen, Die Krankenversicherung nach der RVO. II. Bd. 7. Aufl. S. 258 Anm. 6 zu § 1542). Der Ersatzanspruch bleibt demnach in der Person des Versicherungsträgers unberührt von Vergleichen, die nach seinem Übergang auf ihn zwischen den Versicherten oder ihren Hinterbliebenen und dem zum Schadensersatz verpflichteten Dritten geschlossen werden. Auch von anderer Seite wurde bei der Kommissionsberatung der volle Ersatzanspruch der Versicherungsträger, der auch bei Vergleichen aufrechterhalten bleiben müsse, verlangt und der Antrag 2 als überflüssig erklärt, wonach Vergleiche über den Ersatz des Schadens ohne Zuziehung des Versicherungsträgers diesem gegenüber unwirksam sein sollten. — Daß jedoch der Vergleich auf den Ersatzanspruch des Versicherten nach dessen Übergang auf den Versicherungsträger einwirken kann, ergibt § 407 BGB., der zunächst für den Fall der Abtretung des Anspruchs gilt, nach § 412 BGB. aber auch auf die Übertragung einer Forderung kraft Gesetzes entsprechend anwendbar ist. Demnach muß der neue Gläubiger, hier also der Versicherungsträger, auf den der Anspruch des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen übergegangen ist, eine Leistung, die der

Digitized by Google

Schuldner (hier der zum Schadensersatz Verpflichtete) an den bisherigen Gläubiger (hier den Versicherten oder dessen entschädigungsberechtigte Hinterbliebenen) bewirkt, sowie jedes Rechtsgeschäft, das nach dem Übergang des Anspruchs auf den Versicherungsträger zwischen dem Schuldner und dem bisherigen Gläubiger in Ansehung der Forderung (des bürgerlichrechtlichen Schadensersatzanspruchs) vorgenommen wird, gegen sich gelten lassen, es sei denn, daß der Schuldner (der zum Schadensersatz Verpflichtete) den Übergang bei der Leistung oder der Vornahme des Rechtsgeschäfts kennt. Haben also der Versicherte oder dessen Hinterbliebene aus einem Betriebsunfall auch einen bürgerlichrechtlichen Schadensersatzanspruch gegen einen Dritten, so geht dieser Anspruch zwar im Augenblick der Entstehung des Entschädigungsanspruchs gegen die Berufsgenossenschaft gemäß der RVO. auf diese über. Die Berufsgenossenschaft muß jedoch einen nach dem Übergang zwischen dem Versicherten oder dessen Hinterbliebenen einerseits und dem Dritten andererseits geschlossenen Vergleich gegen sich gelten lassen, sofern sie nicht beweist, daß dem Dritten der Übergang beim Vergleichsschluß bekannt war. Ein bloßes Kennenmüssen genügt hier nicht. Vielmehr muß sichere Kenntnis vom Übergang erwiesen werden. Insbesondere würde es nicht ausreichen, daß der Dritte nur Kenntnis davon hatte, daß der Verletzte gegen Unfall nach der RVO. versichert sei; die Rechtsunkenntnis des Dritten bezüglich des Überganges des Anspruches auf die Berufsgenossenschaft gemäß § 1542 RVO. würde ihm nicht schaden. (Gleicher Meinung bezüglich der Berücksichtigung des Rechtsirrtums: Staudinger, Komm. z. BGB. II. Bd. 7./8. Aufl. S. 471 Anm. V Abs. 2 zu § 407; vgl. die dortigen Nachweisungen; das RG. steht auf gegenteiligem Standpunkt). Immerhin wird der Dritte seine Unkenntnis des Gesetzes zu beweisen haben, da eine allgemeine tatsächliche Vermutung zugunsten der Rechtskenntnis besteht (vgl. Staudinger a. a. O.). Entsprechendes gilt auch, wenn der ersatzpflichtige Dritte nach dem Übergange des Anspruchs auf den Versicherungsträger an den Versicherten oder dessen Hinterbliebene zahlt. Der Versicherungsträger (vgl. hierzu Lehmann, Komm. zur RVO. 5. u. 6. Buch 2. Aufl. S. 112 Anm. 17 b) hat solchenfalls das Recht, seine Leistung an den Versicherten unter Veranschlagung seines Anspruchs aus § 1542 zu versagen, wenn besondere Voraussetzungen erfüllt sind (Aufrechnung). Es mag hier auf § 223 Abs. 2 RVO. und Hoffmann, Komm. zur RVO. 2. Buch 4. Aufl. S. 253 Anm. 3 zu § 223 hinsichtlich der Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen, auf § 1324 RVO. und Lehmann a. a. O. Anm. 17 b γ zu § 1542 hinsichtlich der Aufrechnungsbefugnis der Versicherungsanstalten und hinsichtlich derjenigen der Berufsgenossenschaften auf Lehmann a. a. O. Anm. b α zu § 1542 (vgl. auch § 622 RVO., Handbuch der Unfallversicherung I 633 Anm. 9 zu § 140 GUVG.) verwiesen werden (vgl. §§ 94, 371 AngestVersGes.).

Das frühere Recht (vgl. § 98 des Unfallversicherungsgesetzes; § 140 Gewerbeunfallversicherungsgesetzes) ließ ebensowenig wie § 1542 RVO. Zweifel darüber aufkommen, daß die Berufsgenossenschaften einen Anspruch gegen den Dritten in der Höhe haben, in der sie dem Verletzten nach dem UVG. bzw. dem GUVG. zur Entschädigung verpflichtet sind, und nicht bloß in Höhe der von ihnen wirklich gezahlten Beträge. (Vgl. hierzu das in der „Berufsgenossenschaft" 1917 S. 118 ff. mitgeteilte Urteil des OLG. Köln vom 10. Mai 1917 in Sachen des Preuß. Eisenbahnfiskus gegen die Tiefbauberufsgenossenschaft.)

Im Anschluß an das vorstehende mag hier der § 67 des Versicherungsvertragsgesetzes erwähnt werden, der lautet: „Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt . . . . Hier ist also im Gegensatz zum § 1542 RVO. der Übergang davon

Digitized by Google

abhängig gemacht, daß der Versicherer dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Für die private Unfallversicherung gilt indes der § 67 VVG. nicht, da dieser lediglich die Schadensversicherung betrifft, zu welcher die private Unfallversicherung nicht gehört. Das gleiche gilt für die private Kranken- und Invaliditätsversicherung. In allen diesen Fällen ist daher nur ein Übergang des Schadensersatzanspruchs auf den leistungspflichtigen Versicherungsträger, nicht auf den privaten Versicherer nach dem Gesetze denkbar. Würde letzterer sich etwa den Anspruch des Versicherungsnehmers, der zugleich nach der RVO. versichert ist, gegen den schadensersatzpflichtigen Dritten abtreten lassen, so würde diese Abtretung gegenstandslos, nichtig sein, da der Anspruch bereits vorher kraft Gesetzes (§ 1542 RVO.) auf den Versicherungsträger übergegangen war. Gemäß § 412 BGB. käme alsdann § 408 daselbst zur entsprechenden Anwendung: „Wird eine abgetretene (bzw. hier kraft Gesetzes übergegangene) Forderung von dem bisherigen Gläubiger (nochmals) an einen Dritten abgetreten, so finden, wenn der Schuldner an den Dritten leistet, oder wenn zwischen dem Dritten und dem Schuldner ein Rechtsgeschäft vorgenommen oder ein Rechtsstreit anhängig wird, zugunsten des Schuldners die Vorschriften des § 407 BGB. dem früheren Erwerber gegenüber Anwendung. Es gilt demnach im Verhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem ersatzpflichtigen Dritten alles das, was oben bezüglich des Verhältnisses des neuen Gläubigers und des Schuldners, der an den früheren Gläubiger leistet oder mit ihm ein Rechtsgeschäft vornimmt, gesagt ist. — Auf der anderen Seite geht aber auch der Anspruch des Versicherten aus einer privaten Unfall-, Kranken-, Invaliditäts- oder Lebensversicherung nicht auf den Träger der Reichsversicherung über. § 1542 RVO. wie der ihm nachgebildete § 91 AngestVersGes. betreffen lediglich gesetzliche Schadensersatzansprüche. Ebensowenig findet ein Übergang der Ansprüche aus der sozialen Arbeiterversicherung auf den Träger der Angestelltenversicherung und umgekehrt ein Übergang der Ansprüche aus der Angestelltenversicherung auf die Träger der Arbeiterversicherung statt.

Im Gegensatz zur privaten Unfall-, Kranken-, Invaliditäts- und Lebensversicherung findet der § 67 VVG. Anwendung auf die Haftpflichtversicherung. Hat also der Haftpflichtversicherte A., der dem aus der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung Entschädigungsberechtigten B. zugleich zum Schadensersatz verpflichtet ist, einen Anspruch gegen C. auf teilweisen oder völligen Ersatz des von ihm Geleisteten oder noch zu Leistenden kraft Vertrages oder unmittelbar kraft bürgerlichen Rechts, so geht dieser Anspruch auf den Haftpflichtversicherer über, soweit dieser dem A. oder für dessen Rechnung unmittelbar dem B. (vgl. § 156 VVG.) Ersatz leistet. Dagegen ist ein Übergang auf den Träger der Reichsversicherung aus § 1542 RVO. (§ 91 AngestVersGes.) ausgeschlossen. Denn der Anspruch aus der Haftpflichtversicherung steht nicht dem nach der Reichsversicherung Versicherten, sondern demjenigen zu, der dem letzteren zum Schadensersatz verpflichtet ist. Auf den Träger der Reichsversicherung geht nur der Anspruch des von ihm zu entschädigenden Versicherten B. gegen den diesem zum Schadensersatz verpflichteten Haftpflichtversicherungsnehmer A. über. Erstreitet er für *diesen* Anspruch einen vollstreckbaren Titel, so kann er daraufhin den Anspruch des Haftpflichtversicherungsnehmers A. gegen den diesem ersatzpflichtigen C. für sich pfänden und überweisen lassen; während ihm der gleiche Rechtsbehelf bezüglich des Anspruchs des Haftpflichtversicherungsnehmers A. gegen den Haftpflichtversicherer unter allen Umständen zusteht, ist jedoch die Wirksamkeit der Pfändung des Anspruchs des Haftpflichtversicherungsnehmers A. gegen den ihm ersatzpflichtigen C. für den Träger der Reichsversicherung davon abhängig, daß nicht bereits der Haftpflichtversicherer dem A. oder für dessen Rechnung unmittelbar dem von diesem zu entschädigenden B. (dem aus der reichsrechtlichen Arbeiterversicherung Ver-

Digitized by Google

sicherten) Ersatz geleistet und damit den Anspruch des A. gegen C. kraft Gesetzes (§ 67 VVG.) erworben hat. Ein gesetzlicher Übergang des Anspruchs des C. in unserem Beispiel gegen den Haftpflichtversicherer findet in gewissem Sinne im Falle des Konkurses des C. statt. § 157 VVG. bestimmt: „Ist über das Vermögen des Versicherungsnehmers (in unserem Falle des A.) der Konkurs eröffnet, so kann der Dritte (in unserem Beispiele der zugleich aus der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung Entschädigungsberechtigte B.) wegen des ihm gegen den Versicherungsnehmer A. zustehenden Anspruchs abgesonderte Befriedigung aus der Entschädigungsforderung des Versicherungsnehmers verlangen. In diesem Falle bedarf es nicht erst der Pfändung, um dem Träger der Reichsversicherung den Zugriff auf die Entschädigungsforderung des C. gegen den Haftpflichtversicherer zu verschaffen. Das Recht auf abgesonderte Befriedigung aus dieser Forderung im Konkurse des A. steht ihm vielmehr kraft Gesetzes, kraft gesetzlichen Übergangs des Anspruchs des nach der reichsrechtlichen Arbeiterversicherung Versicherten B. gegen A. auf ihn, den Träger der Reichsversicherung, zu (vgl. § 401 Abs. 2 BGB.).

Die in der RVO. (vgl. oben, §§ 94, 371 AngestVersGes.) den Versicherungsträgern eingeräumte Aufrechnungsbefugnis gegenüber den Ansprüchen der Versicherten greift nicht Platz, wenn der Haftpflichtversicherer in unserem Beispiele gemäß § 156 VVG. nicht dem Versicherungsnehmer A., sondern unmittelbar dem aus der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung Entschädigungsberechtigten B. die Entschädigung aus der Haftpflichtversicherung zahlt. Die Zahlung erfolgt ohne Rechtsgrund; B. ist ungerechtfertigt bereichert, da der Anspruch des B. gegen A. auf den Versicherungsträger übergegangen war, dem B. also nicht mehr zustand. Die Zahlung hätte entweder an den Versicherungsnehmer A. oder an den Versicherungsträger unmittelbar erfolgen müssen, um schuldtilgende Wirkung zu haben. Der Versicherer ist durch die Zahlung von seiner Schuld gegenüber A. (dem Versicherungsnehmer) nicht befreit worden und kann von ihm auf nochmalige Zahlung, sei es an ihn, sei es an den Versicherungsträger, in Anspruch genommen werden. Nicht anders liegt selbstverständlich die Sache, wenn der Versicherungsträger, nachdem er für den auf ihn übergegangenen Anspruch des Versicherten B. gegen den Haftpflicht-Versicherungsnehmer A. vollstreckbares Urteil gegen letzteren erwirkt hat, dessen Anspruch gegen den Haftpflichtversicherer hat pfänden und sich überweisen lassen. Hier kommt § 156 VVG. gar nicht in Frage. Die Zahlung mußte schon auf Grund des Pfändungs- und Überweisungsbeschlusses an den Versicherungsträger, und nur an ihn, erfolgen, um schuldbefreiende Wirkung zu haben.

Mängel der Beitragsüberwachung in den einzelnen Versicherungszweigen; Vorschläge einer Neuregelung.

Von Kontrollinspektor F. Quatmann in Oldenburg (Großh.).

Durch § 1465 RVO. ist den Versicherungsanstalten und durch § 214 AngestVersGes. der Reichsversicherungsanstalt die Überwachung der rechtzeitigen und vollständigen Entrichtung der Beiträge zur Pflicht gemacht. Da die Vorschriften zwingend sind, lassen sie den Versicherungsträgern keinen Spielraum, ob sie die Beitragsüberwachung ausüben wollen oder nicht. Vorschriften darüber, innerhalb welcher Zeiträume und auf welche Weise die Überwachung vorzunehmen ist, bestehen nicht; es ist den Versicherungsträgern lediglich zur Pflicht gemacht, für die rechtzeitige und ordnungsmäßige Entrichtung der Beiträge zu sorgen. Die Beiträge für die Invalidenver-

Digitized by Google

sicherung werden spätestens am Schlusse des Kalendervierteljahres, die für die Angestelltenversicherung am Schlusse eines jeden Kalendermonates fällig. Für die Angestelltenversicherung genügt es aber, wenn die Beiträge bis zum 15. des nächsten Monats einbezahlt werden. Die Beiträge können nach beiden Gesetzen nicht mehr beigetrieben werden, wenn 2 Jahre seit dem Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit verflossen sind. Die Versicherungsträger können den zwingenden gesetzlichen Vorschriften nur nachkommen, wenn sie alle Bezirke innerhalb der etwa dreijährigen Verjährungsfrist durchkontrollieren lassen. Zweckmäßig werden sie handeln, wenn sie die Kontrolle wenigstens alle zwei Jahre vornehmen lassen, da dann der Verjährung der Beiträge in den meisten Fällen vorgebeugt wird. Wenn aber auch die rechtzeitige Entrichtung der Beiträge überwacht werden soll, müssen die regelmäßigen Kontrollen weit öfter, mindestens aber einige Male im Jahre stattfinden. Dies wird sich aber nicht ermöglichen lassen und zwar einmal nicht, weil die Kosten zu hoch werden und es auch am nötigen Personal mangelt und zum anderen, weil das Publikum zu sehr beunruhigt werden würde.

Soweit ich unterrichtet bin, haben sämtliche Versicherungsanstalten vor dem Kriege die Beitragsentrichtung überwacht. Der Krieg hat infolge der vielen Einberufungen zum militärischen Dienste das Aufgeben der Kontrolle bei mehreren Anstalten zur Folge gehabt. Die weitaus größte Zahl der Anstalten läßt die Überwachung durch besondere Kontrollbeamte vornehmen. Diesen sind genau abgegrenzte Bezirke zugewiesen und es ist ihnen die regelmäßige Überwachung ihres Bezirks zur strengen Pflicht gemacht. Andere Anstalten lassen von Zeit zu Zeit Teile des Anstaltsbezirks durch Bureaubeamte revidieren, und der Rest hat die Beitragsüberwachung den Versicherungsämtern übertragen. Von einer gleichmäßigen Überwachung kann somit selbst bei den Versicherungsanstalten nicht die Rede sein. Es läßt sich nicht verkennen, daß die Anstellung besonderer Überwachungsbeamten, denen abgegrenzte Bezirke zugewiesen sind, die ordnungsmäßige Beitragsleistung am sichersten gewährleistet.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat, soweit dies bekannt geworden ist, bislang keine Überwachung der Beitragsleistung eintreten lassen. Es mag hin und wieder vorgekommen sein, daß ein Vertrauensmann sich um die Beitragsleistung gekümmert hat, von einer regelrechten Überwachung durch besondere Beamte oder den Rentenausschuß kann aber nicht die Rede sein.

Die Berufsgenossenschaften haben gemäß § 874 RVO. die Pflicht, für die Durchführung der etwa erlassenen Unfallverhütungsvorschriften zu sorgen. Der § 876 gibt ihnen das Recht, durch Rechnungsbeamte die Geschäftsbücher und Listen der Betriebsunternehmer nachzuprüfen, um die Richtigkeit der für das Umlageverfahren benötigten Lohnnachweise feststellen zu können. Eine größere Zahl von Berufsgenossenschaften läßt gelegentlich bei Betriebsunternehmern, mit Vorliebe bei solchen, die schon unrichtige Lohnnachweise eingereicht haben, an Ort und Stelle Nachprüfungen vornehmen. Die Revisionen sind aber so selten und finden so unregelmäßig statt, daß von einer gleichmäßigen Überwachung nicht gesprochen werden kann.

Von allen Versicherungsträgern sind die Krankenkassen am schlechtesten daran, denn sie haben keine Möglichkeit, die Richtigkeit der An- und Abmeldungen nachprüfen zu können. Diese bilden aber die Grundlage für die ganze Beitragsentrichtung. Die Kassen sind der Gnade oder Ungnade der Arbeitgeber vollkommen preisgegeben. Verstöße gegen die Meldevorschriften, besonders die gänzliche Unterlassung der Meldung oder die nicht rechtzeitige An meldung kommen nur in den seltensten Fällen zur Kenntnis des Vorstandes. Die nachträgliche Einziehung der Beiträge und die Bestrafung des Säumigen ist nur in einzelnen Fällen möglich. Wenn

Digitized by Google

den Arbeitgebern erst allgemein bekannt geworden sein wird, daß mit dem Inkrafttreten der II. Buches der RVO. dem Vorstande der Krankenkasse das Recht genommen ist, bei unterlassener oder nicht rechtzeitiger Meldung die Kosten einer etwa erforderlich werdenden Heilbehandlung von dem säumigen Arbeitgeber wieder einzuziehen, werden die Verstöße gegen die Meldevorschriften sicherlich stark anschwellen. Zur Zeit übt die alte Bestimmung (§ 50 KVG.), die unter Umständen recht hart und unangenehm für den Arbeitgeber werden konnte, noch fast ihre volle Wirkung aus. Erst ganz allmählich wird sich die Verschlechterung bemerkbar machen.

Da von allen Versicherungsträgern nur die Versicherungsanstalten ein gemeinsames Vermögen, das sog. „Gemeinvermögen" besitzen, haben diese, als Einheit genommen, das allergrößte Interesse daran, daß die Beiträge restlos einkommen, mit anderen Worten gesagt, daß die Kontrolle bei allen Versicherungsträgern der Invalidenversicherung gleich- und ordnungsmäßig durchgeführt wird. Mit der steigenden Überweisung der Beiträge an das Gemeinvermögen (seit 1. 1. 1916 = 60 v. H.) kommt bei den einzelnen Versicherungsanstalten die Neigung auf, die allein vom Sondervermögen zu tragenden Überwachungskosten zum Nachteile der Gesamtorganisation einzuschränken.

Nächst den Versicherungsanstalten müssen die Krankenkassen den größten Wert darauf legen, daß die Versicherung vollkommen durchgeführt wird. Da der Anspruch an die Leistungen der Kasse nicht durch Anmeldung erworben wird, sondern mit der Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung unlöslich verbunden ist, kommen die Kassen sehr oft in die Lage, Leistungen gewähren zu müssen, ohne daß ihnen Beiträge gezahlt wurden. Daß auch den Krankenkassen, ebenso wie den anderen Versicherungsträgern, das Recht gewährt werden muß, die vollständige Entrichtung der Beiträge zu überwachen, kann nicht zweifelhaft sein. Meines Erachtens muß die Vorschrift für alle Versicherungsträger in die zwingende Form gekleidet werden.

Die Träger aller Versicherungszweige müssen darauf bedacht sein, daß die Beitragsüberwachung so durchgeführt wird, daß alle Beiträge einkommen. Wenn bei der Zwangsversicherung nicht alle Versicherungspflichtigen erfaßt werden, verfehlt sie nicht nur ihren Zweck, sondern sie wirkt auch unsozial.

Es läßt sich nicht verkennen, daß sich der regelmäßigen und ordnungsmäßigen Durchführung der Überwachung bei allen Versicherungsträgern große Schwierigkeiten entgegenstellen. Daß nicht jeder Versicherungsträger Überwachungs- oder sonstige Beamte zwecks Vornahme der Kontrolle im Lande herumschicken kann, ist ohne weiteres klar. Abgesehen von den nicht im Verhältnis stehenden hohen Kosten, würde die Beunruhigung und Belästigung des Publikums eine so große werden, daß sich mit Recht die Unzufriedenheit breit machen würde. Kommt es doch jetzt schon nicht selten vor, daß in einem kleinen Orte gleichzeitig Beamte der Versicherungsanstalt und der Berufsgenossenschaften tätig sind. Vor einigen Jahren habe ich es erlebt, daß ich bei einem dienstlichen Besuche in einem Bau-, Sägerei- und Lagereibetriebe schon 3 Revisoren vorfand und zwar einen Kesselrevisor, einen Rechnungsbeamten der Baugewerksberufsgenossenschaft und einen technischen Revisor einer anderen Genossenschaft. Welche Zufälligkeiten sich ergeben können, wenn erst alle Versicherungsträger, ohne Verbindung miteinander zu haben, die Kontrolle ausüben lassen, mag ich mir nicht ausmalen. Daß die geschilderten Verhältnisse durchaus unerwünscht sind und unter allen Umständen vermieden werden müssen, wird einleuchten. Nach meinem Dafürhalten läßt sich die Frage der Beitragsüberwachung nur dann zufriedenstellend lösen, wenn sie von einer Stelle aus für alle Versicherungszweige einheitlich geregelt wird. Es gibt mehrere Wege, die beschritten werden könnten. Der

Digitized by Google

erste Weg, der zum Ziele führen würde, ist in groben Strichen gezeichnet, folgender:

Über das ganze Reich wird ein Netz von Kontrollstellen eingerichtet. Die bestehenden Kontrollstellen der Versicherungsanstalten können die Grundlage bilden. Die Bezirke müssen so abgegrenzt sein, daß sie in zwei Jahren durchgearbeitet werden können. Die Kosten der Einrichtung und Unterhaltung trägt das Reich und wenn das nicht angängig sein sollte, die Gesamtheit der Versicherungsträger. Die Kontrollbeamten werden zu Reichsbeamten ernannt. Die Aufsicht über sie üben besondere Oberkontrolleure, die dem Reichsversicherungsamt direkt unterstehen, aus; event. kann auch den Oberversicherungsämtern eine Aufsichtsstellung eingeräumt werden. Die benötigten Gelder werden von den Bundesstaaten, in denen die Kontrollstellen ihren Sitz haben, vorgeschossen und am Jahresschluß erstattet. Die Überwachungsstellen sind selbständige Behörden.

Der zweite Weg, und der scheint mir der gangbarere zu sein, wäre der, daß die gesamte Beitragsüberwachung den Versicherungsanstalten übertragen würde. Die Anstalten haben soviel Kontrollbeamte anzustellen, daß in 2 Jahren eine gründliche Durchprüfung der Bezirke möglich ist. Die Überwachungsbeamten bleiben Beamte der Versicherungsanstalten; sie erhalten Anweisungen nur vom Anstaltsvorstande. Alle Ersuchen der Versicherungsträger müssen an die Vorstände der Anstalten gerichtet werden, durch deren Vermittlung sie den Kontrollbeamten zugehen. Die Kosten der Überwachung werden von den Versicherungsträgern gemeinsam aufgebracht. Das Reichsversicherungsamt setzt die von den Trägern der Versicherung zu leistenden Beträge fest. Bei Mißstimmigkeiten zwischen den Versicherungsanstalten und den übrigen Versicherungsträgern entscheidet das Reichsversicherungsamt. Am Jahresschluß erhalten die Versicherungsträger einen Bericht über das Ergebnis der Überwachungstätigkeit.

Auf vorstehender Grundlage wird sich meines Erachtens ein gut funktionierender Überwachungsdienst ausüben lassen. Daß ein solcher durchgeführt werden muß, liegt nach dem Kriege mehr denn je im Interesse aller Versicherungsträger. An die Leistungsfähigkeit derselben sind schon während des Krieges so riesenhafte Anforderungen gestellt, daß die vorhandenen Mittel kaum ausreichen werden. Die Aufgaben der Versicherungsträger werden nach dem Friedensschlusse aber nicht geringer werden, sondern sie werden durch den weiteren Ausbau stetig wachsen. Um allen Anforderungen gerecht werden zu können, ist es unbedingt erforderlich, daß die Beiträge bis zum letzten einkommen. Dies läßt sich aber nur durch eine gründliche Überwachungstätigkeit erreichen. Sollte demnächst der Wunsch weiter Kreise, die Angestelltenversicherung möchte als „Sonderversicherung" aufgehoben und durch den Ausbau der RVO. ersetzt werden, in Erfüllung gehen, so wird sich die vorgeschlagene Regelung um so leichter durchführen lassen.

Was die Besetzung der Überwachungsstellen mit Beamten anbelangt, so werden namentlich in der ersten Zeit Schwierigkeiten entstehen. Es kann als sicher gelten, daß zur Zeit nicht genügend Beamte vorhanden sind, die alle Zweige der sozialen Versicherung so beherrschen, daß sie mit Erfolg eine Kontrollstelle leiten könnten. Daß aber solche gefunden werden, ist Grundbedingung für den Erfolg. Wenn aber die Sache von langer Hand vorbereitet wird und, was eine ganz natürliche Folge der weiteren Ausgestaltung der Kontrollstellen ist, die gesellschaftliche und wirtschaftliche Stellung der Überwachungsbeamten gehoben wird, werden sich genügend brauchbare Kräfte zur Verfügung stellen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungspflicht der Fleischbeschauer und Trichinenschauer im Königr. Sachsen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. August 1917 (II K. 33/17 B).

Der Fleischbeschauer P. in F. (Königr. Sachsen) ist von der dortigen Stadtgemeinde seit Anfang August 1914 als Vertreter bei der Fleischbeschau für den zum Heeresdienst einberufenen städtischen Tierarzt bestellt. Für seine Tätigkeit, die sich auch auf die Durchführung der Fleischverteilung und die Besorgung der damit verbundenen schriftlichen Arbeiten erstreckt, erhält er aus der Stadtkasse eine Vergütung von 7 ℳ für jeden Arbeitstag. Außerdem ist P. noch als Trichinenschauer für F. verpflichtet. Die Allgemeine Ortskrankenkasse in F. erachtet P. in seiner Eigenschaft als Fleischbeschauer für einen Angestellten in gehobener Stellung im Sinne des § 165 Nr. 2 RVO. Da nun sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst aus dieser Beschäftigung 2500 ℳ nicht übersteige und der Entgelt aus seiner Tätigkeit als Trichinenschauer, weil diese der Versicherungspflicht nicht unterliege, außer Betracht bleiben müsse, so hat die Kasse von der Stadtgemeinde F. die Entrichtung von Beiträgen für P. seit August 1914 beansprucht. Sie hat auf eine Entscheidung des Königl. Sächs. Oberversicherungsamts Dresden vom 1. Februar 1915, abgedruckt in der ArbVers. 1916 S. 392, und auf die Ausführungen ebendaselbst 1915 S. 558 ff. Bezug genommen. Der Stadtrat zu F. hat unter Verweisung auf die Entscheidung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 24. November 1915 (abgedruckt in der Angestelltenversicherung 1916 S. 32 Nr. 82 und in der ArbVers. 1916 S. 392) die Versicherungspflicht bestritten. Der Vorsitzende des Beschlußausschusses des Versicherungsamts hat durch Vorentscheidung den P. für nicht krankenversicherungspflichtig erklärt. Auf Beschwerde der Ortskrankenkasse hat das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Sache gemäß §§ 1799, 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich dabei im Sinne des Versicherungsamts geäußert.

Das RVA. hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Voraussetzungen für die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach §§ 1799, 1693 RVO. sind gegeben. Die Versicherungspflicht des Fleischbeschauers und Trichinenschauers P. ist bereits Gegenstand der oben bezeichneten Entscheidung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung gewesen. Damals war die Sachlage insofern anders, als P. in erster Linie als Trichinenschauer tätig und als Fleischbeschauer nur jährlich vier Wochen während der Beurlaubung des städtischen Tierarztes beschäftigt war. Seit dem Kriege überwiegt nun, wie sich aus vorstehender Sachdarstellung ergibt, seine Beschäftigung als Fleischbeschauer bei weitem, während diejenige als Trichinenschauer mehr und mehr zurückgegangen ist. Der Senat hat ebenso wie das Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung angenommen, daß der als Einzelbeamte tätige Fleischbeschauer und Trichinenschauer P. als Angestellter der Stadtgemeinde F. anzusehen ist. In diesem Sinne hat sich auch das Königl. Sächs. Ministerium des Innern gegenüber dem Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung geäußert. Nach § 5 des Gesetzes vom 1. Juni 1898 (Sächs. Ges.- u. Vrdg.-Bl. S. 209) werden die Fleischbeschauer von den Ortspolizeibehörden für bestimmte Bezirke angestellt und vom Stadtrat oder von der Amtshauptmannschaft verpflichtet. Auf Grund des § 6 Abs. 1 a. a. O. sind die Beschauer, insoweit ihnen nicht durch Ortsstatut die Eigenschaft von Gemeindebeamten zuerkannt wird, als Aufsichtsorgane der Ortspolizei anzusehen. Die Sächsische Ausführungsverordnung vom 27. Januar 1903 (a. a. O. S. 75) verpflichtet im § 4 die Fleischbeschauer, auch die Ausübung der Trichinenschau mit zu übernehmen, die nach § 13 Abs. 1 dieser Verordnung bei Schweinen und Hunden zur vollständigen Fleischbeschau gehört. Infolgedessen sind die Trichinenschauer, deren Tätigkeit im übrigen noch durch die §§ 13, 14 der erwähnten Ausführungsverordnung geregelt wird, in ihrem Anstellungsverhältnis den Fleischbeschauern gleich zu achten. Dies geht insbesondere aus § 13 Abs. 3 a. a. O. hervor, der lautet: „Für die Bestellung und Verpflichtung der zur Ausübung der Trichinenschau erforderlichen Trichinenschauer haben die Ortspolizeibehörden gemäß § 4 besorgt zu sein."

Nach § 4 Abs. 4, der hiernach auch für die Trichinenschauer anzuwenden ist, werden die Beschauer gemäß § 5 des erwähnten Gesetzes angestellt und verpflichtet. Die Trichinenschauer werden also ebenso wie die Fleischbeschauer von den zuständigen Behörden *angestellt*. Daß ein Anstellungsverhältnis beabsichtigt ist, folgt auch daraus, daß mangels anderweiter Festsetzung eine beiden Teilen freistehende vierteljährliche Aufkündigung vorgesehen ist. Wären die Trichinenschauer selbständige Gewerbtreibende, so könnte von einer solchen Kündigung, die regelmäßig ein Dienstverhältnis voraussetzt, keine Rede sein. Überdies spricht die Verordnung auch sonst an verschiedenen Stellen (zu vgl. z. B. § 43 Abs. 3, § 55 Abs. 6, §§ 67, 68 Abs. 2) von einer Anstellung oder Wiederanstellung der Fleischbeschauer und Trichinenschauer. Daß ferner die Tätigkeit der Fleischbeschauer und Trichinenschauer als eine amtliche und nicht als die eines privaten Gewerbtreibenden aufgefaßt wird, geht aus § 6 Abs. 1 des erwähnten Gesetzes vom

Digitized by Google

1. Juni 1898 klar hervor, wonach sie entweder Gemeindebeamte oder Aufsichtsorgane der Ortspolizei sein müssen. Im vorliegenden Falle kommt daneben noch für die versicherungsrechtliche Beurteilung der Tätigkeit des P. als Trichinenschauer in Betracht, daß die Trichinenschauer an bestimmte Dienststunden gebunden sind, womit die freie Stellung eines selbständigen Gewerbtreibenden schwer vereinbar wäre. Wichtig ist auch, daß nach § 10 des Gesetzes und nach §§ 37 bis 43 der Ausführungsverordnung von den Besitzern der untersuchten Schlachttiere eine Gebühr zu entrichten ist, die dem Beschauer entweder unmittelbar oder durch Vermittlung der Anstellungsbehörde zufließt und die im Verwaltungswege nach dem für die Beitreibung von Gemeindeabgaben vorgeschriebenen Verfahren beigetrieben wird. Die Gebühr hat also öffentlich-rechtliches Gepräge und kann auch vom Beschauer weder erhöht noch herabgesetzt werden. In seiner Eigenschaft als Fleischbeschauer bezieht P. aber ein festes Entgelt von der Stadtverwaltung.

Hiernach hat der Senat im Gegensatz zu der vorstehend bezeichneten Entscheidung des Oberversicherungsamts Dresden vom 1. Februar 1915 angenommen, daß die rechtlichen Verhältnisse der Fleischbeschauer und Trichinenschauer im Königr. Sachsen im allgemeinen nicht wesentlich anders beurteilt werden können wie in Preußen und Württemberg. Wesentlich ist, daß diese auch in Sachsen ein Glied der amtlichen auf die Durchführung der Schlachtvieh- und Fleischbeschau abzielenden Einrichtung sind und im Dienste des Staates oder derjenigen Kommunalverbände stehen, denen im einzelnen Falle die Durchführung des Beschauwesens obliegt (zu vgl. Entsch. 1207 und Rev. Entsch. 1347, Amtl. Nachr. 1905 S. 438, 1908 S. 516). Im vorliegenden Fall entfällt allerdings die Versicherungspflicht. Wie unstreitig übersteigt nämlich der Jahresarbeitsverdienst des P. aus der Fleischbeschau und Trichinenschau 2500 *M*. Das Reichsversicherungsamt hat in seiner Rechtsprechung bereits unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes die unter Nr. 2 des § 1 daselbst fallenden Gruppen, denen diejenigen in Nr. 2 bis 5 des § 1226 und des § 165 RVO. entsprechen, sowohl für die Frage nach dem Hauptberuf der sonstigen Angestellten als auch für die Prüfung der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes als zusammengehörig betrachtet (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar Bd. 4, 3. Aufl., Anm. 13 zu § 1226 und die dort angeführten Entscheidungen des RVA., insbesondere Entsch. 970, Amtl. Nachr. 1902 S. 394). Dieser Grundsatz ist auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung anzuwenden. Hiernach war die Beschwerde zurückzuweisen.

B. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe. — Berechnung der Fristen für vorgängige Versicherung des Kriegsteilnehmers.

a) Entschließung des bayer. Staatsministeriums des Innern vom 26. Mai 1917 (Ziff. 1. — Bayer. Staatsanz. Nr. 125); b) Bescheid der K. Regierung von Bayern vom 18. Juli 1917.

a)

Auf Grund Mitteilung des Reichsamts des Innern wird bekannt gegeben: Die Bestimmung in § 1 Ziff. 2 der Bundesratsbekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492), wonach die Wochenhilfe an die nicht selbst versicherten Ehefrauen von Kriegsteilnehmern nur dann zu gewähren ist, wenn letztere vor dem Eintritt in den Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Dienst in den vorausgegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen gegen Krankheit versichert waren, ist wohlwollend auszulegen. Danach macht es bei wiederholter Einberufung eines Kriegsteilnehmers keinen Unterschied, ob die Wartezeit bereits vor dem ersten oder erst vor dem neuerlichen Eintritt in den Kriegs- usw. Dienst zurückgelegt worden ist. Auch sind die Zeiten, in denen der Kriegsteilnehmer Kriegs- usw. Dienst geleistet hat, in die einjährige Frist, innerhalb welcher die Wartezeit von 26 Wochen zurückgelegt sein muß, nicht einzubeziehen.

b)

Auf eine Anfrage des städtischen Versicherungsamts zu München, ob die vorstehende Entschließung nicht auch für die Frist von sechs Wochen nach § 1 Ziff. 2 der Bek. v. 3. 12. 14 gelte, hat das Staatsministerium des Innern, laut Bescheid der Regierung von Oberbayern, sich wie folgt geäußert:

Die Ministerialbekanntmachung vom 26. Mai 1917 über Kriegswochenhilfe (B. Staats-Anz. Nr. 125 2. Bl.) ist nach den Eingangsworten veranlaßt durch eine Mitteilung des Reichsamts des Innern und diese ist im Einverständnis mit dem Reichsversicherungsamt erlassen (Ziff. 1 Abs. II der MinBek.). Es wird also kein Zweifel bestehen können, daß die Veröffentlichung es mit Absicht vermeidet, die nach § 1 Ziff. II der Bundesratsbekanntmachung vom 3. Dezember 1914 neben der 26-Wochenfrist in Betracht kommende 6-Wochenfrist zu erwähnen. Die beteiligten Stellen scheinen Bedenken getragen zu haben, die für Berechnung der 26-Wochenfrist empfohlene weitgehende

Digitized by Google

Auslegung auch auf die Fälle der 6-Wochenfrist auszudehnen, in denen nach dem Gesetz die Versicherung unmittelbar vor dem Eintritt in den Kriegsdienst mindestens 6 Wochen gedauert haben muß.

Die Bezugnahme des Versicherungsamts auf die Bundesratsbekanntmachung vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) ist nicht durchschlagend, denn diese Bekanntmachung enthält eine Gesetzesänderung auf Grund der allgemeinen Ermächtigung des § 3 des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327), während es sich für die Bekanntmachung des Reichsamts des Innern und des K. Staatsministeriums des Innern darum handelte, inwieweit eine Angleichung an die erwähnte Bundesratsbekanntmachung vom 16. November 1916 auf die Fälle der Kriegswochenhilfe im Wege der Gesetzesauslegung zulässig erscheint.

Kriegswochenhilfe. — Verhindertsein an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Münster vom 12. Juli 1917 (10541 K.).

Anspruch auf Reichswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 haben alle Ehefrauen, deren Ehemänner in diesem Kriege dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangennahme verhindert sind und vor Eintritt in die Kriegsdienste eine gewisse Zeit auf Grund der Reichsversicherungsordnung gegen Krankheit versichert waren. Die letztgenannte Voraussetzung ist bei dem Ehemann der Tr., dem Schlosser Tr. unbestrittenermaßen erfüllt. Dagegen besteht Streit darüber, ob Tr., der nach seiner Entlassung aus dem Heeresdienst wieder gegen Entgelt gearbeitet hat, sodann in seinem Beschäftigungsverhältnis erkrankte und Krankengeld bezog, im Sinne der Bekanntmachung über die Wochenhilfe „an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Erkrankung verhindert ist." Das Versicherungsamt hat dies im Gegensatz zur Kasse bejaht. Es steht unzweifelhaft fest, daß die Unmöglichkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit Folge einer auf die Leistung von Kriegsdiensten mittelbar zurückzuführenden Erkrankung sein muß (vgl. Krause, „Kriegswochenhilfe I" 2. Aufl. Anm. 15, 16 zu § 1 Bek. v. 3. 12. 1914, namentlich S. 30, 33). In dieser Beziehung stellt das Gutachten des Dr. L. fest, daß Tr. jeweils an erneuten, durch den Militärdienst aufgetretenen Verschlimmerungen eines früher schon bestandenen Magenleidens erkrankte. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Kriegsdienst und der nach Auskunft des Arztes in der für die Wochenhilfe in Betracht kommenden Zeit eine erhebliche Erwerbsbeschränkung, ja zeitweise Arbeitsunfähigkeit mit sich bringenden Krankheit ist hiermit erbracht. In Frage steht nur, ob dann, wenn nach der Entlassung aus dem Heeresdienst zunächst eine Erwerbstätigkeit aufgenommen wurde und erst später infolge eines im Kriege entstandenen Leidens eine Arbeitsunfähigkeit eintritt, wenn also an sich eine „Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit" bereits erfolgt ist und nur die Fortsetzung einer solchen Erwerbstätigkeit durch das Leiden verursacht wird, von der Verhinderung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit im Sinne des § 1 Ziff. 1 der Bek. v. 3. Dezember 1914 gesprochen werden kann. Das Versicherungsamt hat dies, ganz abgesehen davon, daß es sich bei Tr. nach dem ärztlichen Gutachten nur um einen Arbeitsversuch handelte, bejaht. Wenn der Gesetzgeber auch von einer „Wiederaufnahme" der Erwerbstätigkeit spricht, und hierbei allerdings zunächst nur an die erste Aufnahme einer Arbeit nach der Entlassung gedacht werden mag, so muß es doch — wenigstens für die Dauer der Geltung der Bekanntmachungen über die Wochenhilfe — als im Sinne des Gesetzgebers gelegen erachtet werden, jede Unmöglichkeit der Aufnahme einer Arbeit, sofern sie nur überwiegend in einer auf den Kriegsdienst zurückzuführenden Verwundung oder Erkrankung ihre Ursache findet, als eine „Behinderung an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" anzusehen. Es entspricht diese Auffassung auch der von namhaften Kommentatoren z. B. Krause (a. a. O. S. 32) dem Begriff „Verhindertsein an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" gegebenen Auslegung, wonach hierin nur ein anderer Ausdruck für Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (vgl. auch Krause a. a. O. S. 27 Anm. 14).

Da Tr. nun aber tatsächlich infolge des erneuten Auftretens eines durch die Kriegsdienstleistung verschlimmerten Leidens arbeitsunfähig war, so steht seiner Frau für die Dauer dieser in die Zeit der Wochenhilfe fallenden Arbeitsunfähigkeit auch Wochenhilfe zu.

Kriegswochenhilfe für die Frau eines zu 80 v. H. erwerbsfähigen Kriegsteilnehmers.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Leipzig vom 5. Oktober 1917 (II B. 35/16).

Das Versicherungsamt hat der Allgemeinen Ortskrankenkasse eröffnet, daß es in der Kriegswochenhilfesache der Ehefrau des ehemaligen Kriegsteilnehmers L. den von der Kasse verauslagten Betrag von 124,50 ℳ nicht anweisen könne, da L. bei 80 v. H. Erwerbsfähigkeit recht wohl eine lohnende Beschäftigung hätte aufnehmen können. Wenn er dies nicht getan habe, so habe es an ihm selbst gelegen. Es sei deshalb keine ausreichende Begründung für die Gewährung der Kriegswochenhilfe gegeben. Hiergegen hat die Kasse Beschwerde erhoben. Das Versicherungsamt hat dem Oberversicherungsamt folgenden Bericht erstattet: L. übt seit dem 29. 4. 1916 das Tischlerhandwerk selbständig aus. Zu jener Zeit ist er noch Soldat, aber bereits in die Heimat be-

Digitized by Google

urlaubt gewesen. Unter dem 6. Mai 1916 hat er den Bescheid über seine am 1. Mai 1916 erfolgte Entlassung aus dem Militärdienst erhalten. Am 7. Mai erfolgte die Entbindung seiner Ehefrau. Wegen des zugrunde liegenden Tatbestandes wird im übrigen auf den Inhalt der Kassenakten verwiesen. — Das Oberversicherungsamt hat von der Militärbehörde die Rentenakten des L. beigezogen und alsdann die Beschwerde der Kasse für begründet erklärt aus folgenden Gründen:

Wie aus den Militärrentenakten hervorgeht, ist L. wegen Nervenschwäche, Zittern der rechten Hand, Körperschwäche und Blutarmut zur Entlassung gekommen. Eine im Frühjahr 1917 erfolgte Nachuntersuchung hat zum Ergebnis gehabt, daß eine Nachprüfung erst für das Jahr 1922 angeordnet worden ist. Obgleich L. in der Zwischenzeit keine eigentliche Erkrankung durchgemacht hat, ist der vom untersuchenden Sanitätsoffizier erhobene, in den Akten jedoch nicht enthaltene Befund offenbar derart gewesen, daß trotz Verlaufs einer Frist von nahezu einem Jahr eine Besserung im Befinden nicht festzustellen war. L. ist nun, als er wieder in das Erwerbsleben trat, zum mindesten subjektiv außerstande gewesen, die mit einer Tischlergehilfenstellung verbundene regelmäßige Tätigkeit zu verrichten und der objektiv erhobene Befund spricht auch dafür, daß sein Allgemeinzustand recht weit herabgesetzt war.

Nach dem für den vorliegenden Fall in Betracht kommenden Wortlaut der Bekanntmachung soll zwar die Wochenhilfe nur Ehefrauen von Kriegsteilnehmern, die an der Wiederaufnahme einer Erwerbsfähigkeit durch Erkrankung verhindert sind, geleistet werden. Das Reichsamt des Innern hat jedoch in dem unterm 30. März 1916 erteilten, in der „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 453 abgedruckten Bescheide ausgeführt, daß die Kriegswochenhilfe auch Ehefrauen solcher Kriegsteilnehmer zugute kommen soll, die zwar eine geringfügige Erwerbstätigkeit ausüben, damit aber nicht den ganzen Lebensunterhalt für die eigene Person und für die Familie zu beschaffen imstande sind. Wenn das Reichsamt des Innern dabei auch im Einzelfalle die Entscheidung den Spruchinstanzen zugewiesen wissen will, so bringt es doch gleichzeitig als Vertreter des letzten Endes zahlungspflichtigen Reichsfiskus zum Ausdruck, daß das Reich in dem oben begrenzten Umfange die Unterstützung über den reinen Wortlaut der Bundesratsbekanntmachung hinaus gewähren will. Es ist dies auch durchaus vereinbar mit den sozial- und bevölkerungspolitischen Erwägungen, aus denen heraus die Bundesratsbekanntmachung geschaffen worden ist, und das Königliche Oberversicherungsamt trägt kein Bedenken, sich dieser Auslegung der Bekanntmachung anzuschließen.

Der Ansicht des Versicherungsamtes, daß L. lediglich aus freiem Willen sich entschloß, sich selbständig zu machen, ist nicht beizutreten, es ist vielmehr davon auszugehen, daß L., wenn er den ihm zur Zeit verbleibenden Teil der Erwerbsfähigkeit nutzbringend in dem einmal erlernten Handwerk des Tischlers verwerten wollte, eine Tätigkeit aufnehmen mußte, die ihm gestattet, je nach seinem zeitweiligen Zustande mit Unterbrechungen zu arbeiten. Eine solche war die Tätigkeit eines selbständigen Tischlers. Hierdurch konnte er aber nur einen Wochenverdienst von 20 bis 24 ℳ erreichen. In der Tat ist sein Verdienst auch weiterhin nicht besonders gestiegen, weshalb im weiteren Verlauf des Jahres 1916, wie aus einer Notiz vom 22. November 1916 hervorgeht, die Ehefrau L.'s mit den beiden Kindern zu ihren Eltern verziehen mußte, weil L. nicht in der Lage war, ausreichend für seine Familie zu sorgen. Auch im Frühjahr 1917 hat sich der Verdienst des L. noch nicht wesentlich gehoben. Er verdiente damals nach Ausweis der Militärrentenakten nur 30 ℳ wöchentlich, ein Betrag, der bei der gegenwärtigen Teuerung nicht hinreicht, eine Familie zu unterhalten.

Nach alledem mußte L. zumal zu einer Zeit, als er seine ohnehin gertaglohnende Beschäftigung eben erst aufgenommen hatte, als noch nicht imstande angesehen werden, durch ausreichende Erwerbstätigkeit für seine Familie zu sorgen. Die Beschwerdeführerin hat deshalb mit Recht seiner Ehefrau die nach der Bundesratsbekanntmachung zustehenden Leistungen gewährt.

Anmerkung: Aus den beachtenswerten Ausführungen der Beschwerdefrist, auf die der Beschluß des Oberversicherungsamts nur zum Teil eingegangen ist, teilen wir noch folgendes mit: Die Kasse hat zur Begründung u. a. bemerkt: „Wenn sich das Versichetungsamt zur Begründung seines Standpunktes lediglich darauf beruft, daß L. mit 80 v. H. Erwerbsfähigkeit vom Militär entlassen worden ist, so übersieht es, daß die Festsetzung der Militärrenten zur Beurteilung der Frage, ob ein Kriegsverletzter in Wirklichkeit in dem angenommenen Maße zu verdienen in der Lage ist, nicht immer ausschlaggebend sein kann. Die Festsetzung einer Militärrente stützt sich auf gewisse Grundsätze, während für die Gewährung von Wochenhilfe im Sinne der ergangenen Verordnungen lediglich die wirklichen Verhältnisse des Kriegsverletzten in Frage kommen, und daß bei Prüfung des Anspruches auf Wochenhilfe die augenblickliche Lage des Kriegsteilnehmers berücksichtigt werden muß.

Es ist durchaus billig und begründet, wenn in Fällen besonderer Art ein gewisses Wohlwollen in der Beurteilung des Anspruches vorherrscht, und das entspricht auch den wiederholten Anregungen in der Literatur und u. a. einem Bescheid des Reichsamtes des Innern vom 30. März 1916 (ArbVers. 1917 Heft 25 S. 583). Bei Festsetzung einer Militärrente wird immer davon ausgegangen werden, daß für den Kriegsbeschädigten die Möglichkeit besteht, so und soviel zu verdienen. Die Möglichkeit aber allein kann nicht als Tatsache hingenommen werden, und deshalb hat das Reichsamt des Innern in jenem Bescheid ausdrücklich hervorgehoben, daß nicht schon jede geringwertige Erwerbstätigkeit oder

Digitized by Google

die Möglichkeit einer solchen das Recht auf Wochenhilfe ausschließen soll, daß es vielmehr darauf ankommt, ob der Kriegsbeschädigte den nötigen Lebensunterhalt für die eigene Person und für die Familie zu beschaffen in der Lage ist. Diese Voraussetzung ist im vorliegenden Falle nicht gegeben, vielmehr gilt als Tatsache, daß L. trotz seiner 80 v. H. Erwerbsfähigkeit nicht in der Lage war, für seine Familienangehörigen in ausreichendem Maße zu sorgen. . .

Wollte man in solchen Fällen Gewährung von Kriegswochenhilfe verweigern, so würden gerade den Bedürftigsten die Wohltaten jener Leistungen verschlossen bleiben und es würde Sinn und Zweck der Kriegswochenhilfe, Wöchnerinnen im Wochenbett über Notlagen hinwegzuhelfen, entgegenstehen, wenn Fälle vorliegender Art unberücksichtigt blieben. Eine Unbilligkeit würde man mit Rücksicht auf die Auffassung des Versicherungsamtes in der Tatsache zu erblicken haben, daß die zur Arbeitsleistung kommandierten Kriegsteilnehmer bei hohem Verdienst für ihre Ehefrauen den Anspruch auf Kriegswochenhilfe begründen, während Ehefrauen Dienstentlassener in bedürftigen Vermögenslagen oder Erwerbsverhältnissen der Fürsorge nicht teilhaftig werden können. Diese Gegensätze von wirtschaftlichen Maßnahmen — eine solche ist ja die Kriegswochenhilfe — auszugleichen, ist Sache der durchführenden Organe, die unter Beachtung der bestehenden Gesetze und Rechtsauffassungen als Beauftragte des Reiches handeln.

Das Versicherungsamt wird nach Lage der Sache nicht behaupten können, daß die Kasse als durchführendes Organ im vorliegenden Falle nicht pflichtgemäß gehandelt hat. Die Kasse ist vielmehr nach reiflicher Erwägung der Umstände zu der Überzeugung gelangt, daß der Ehefrau L.'s ohne Bedenken Kriegswochenhilfe gewährt werden kann. Hat die Kasse also nach pflichtmäßigem Ermessen für das Reich Kriegswochenhilfe gewährt, so kann sie für etwaige Überzahlungen, die lediglich nach Auffassung des Versicherungsamtes erfolgt sind, nicht haftbar gemacht werden. Das Reich hat vielmehr, auch wenn es endgültig der Auffassung der Kasse nicht beizutreten vermag, Ersatz zu leisten, wenn nicht der Kasse ein grobes Verschulden nachgewiesen werden kann. Die Verpflichtung des Reiches, der Kasse aus diesen Gründen Ersatz zu leisten, würde aber erst dann in Wirksamkeit treten, wenn die Auffassung des Versicherungsamtes weiter unterstützt werden sollte.

Kriegswochenhilfe nach der Bek. vom 3. Dezember 1914 ist nicht von den Einkommensverhältnissen der Kriegsteilnehmer abhängig.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 1. Oktober 1917 (II a K. 120/17).

Der Hilfspostschaffner Friedrich R. wurde am 6. August 1914 zum Kriegsdienst eingezogen. Mit Wirkung vom 1. April 1916 an wurde er endgültig bei der Post angestellt. Von diesem Tage an erhielt seine Ehefrau seinen Monatsgehalt mit 116 ℳ ausbezahlt, während R. die Mannschaftslöhnung mit täglich 53 ₰ bezieht. Die Reichsfamilienunterstützung wird der Ehefrau des R. für ihre Person seitdem nicht mehr, wohl aber für jedes ihrer Kinder gewährt. Am 26. September 1916 kam Mathilde R. nieder. Ein von ihr an die Postkrankenkasse, der ihr Ehemann vor seiner Einberufung in den Heeresdienst angehört hatte, gestellter Antrag auf Wochenhilfe wurde abgelehnt, da R. durch seine etatsmäßige Anstellung ab 1. April 1916 aus dem Kreise jener Personen ausgetreten sei, auf welche die Bundesratsbekanntmachung vom 3. Dezember 1914 Anwendung finde. Da er die Versicherung nicht freiwillig fortgesetzt habe, sei nicht mehr die Postkrankenkasse zur Leistung der Wochenhilfe verpflichtet. Es obliege dies vielmehr auf Grund der Bekanntmachung vom 23. April 1915 dem zuständigen Lieferungsverband, sofern dieser die Ehefrau des R. als minderbemittelt im Sinne des Gesetzes ansehen könne. Im übrigen falle schon auf Grund der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 22. November 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 349) durch die Tatsache, daß R. nunmehr seinen etatmäßigen Gehalt bezahlt erhalte, das für Anwendung der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 *entscheidende* Moment des Unvermögens einer auskömmlichen Versorgung der Wöchnerin hinweg, ein Standpunkt, die in einem ähnlich gelagerten Falle das Reichsversicherungsamt auch in seiner Entscheidung vom 31. Juli 1916 (Amtl. Nachr. 1916 S. 629) eingenommen habe.

Das Versicherungsamt verurteilte die Kasse zur Leistung der Kriegswochenhilfe. Auf Berufung der Kasse gab das Oberversicherungsamt die Sache gemäß § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt zur grundsätzlichen Entscheidung ab, indem es sich im Sinne der Entscheidung des Versicherungsamts äußerte. Auch das Reichsversicherungsamt schloß sich dieser Auffassung an und wies die Berufung zurück aus folgenden *Gründen*:

Nach § 1 der Bekanntmachung des Bundesrats betreffend Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 hat die Gewährung der Wochenhilfe zur Voraussetzung, daß die Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistenden Ehemänner vor Eintritt in diese Dienste während bestimmter Zeiträume gegen Krankheit versichert gewesen sind. Die Versicherung braucht also lediglich vor dem Beginne der Kriegsdienste, nicht etwa auch während ihrer ganzen Dauer und insbesondere auch nicht etwa zur Zeit der Entbindung bestanden zu haben. Andernfalls würden die Voraussetzungen zur Gewährung der Kriegswochenhilfe nur selten gegeben sein, da die überwiegende Mehrheit der Kriegsteilnehmer mit ihrem Eintritt in den Kriegsdienst aus der Versicherung ausscheidet. Es kann daher auch auf den Anspruch der Wöchnerin nicht von Einfluß sein, daß der Ehemann vorliegend während des Krieges eine feste Anstellung im Postdienste erlangt hat und infolgedessen aus dem Kreise der Versicherten gemäß § 169 RVO. ausgeschieden sein würde, wenn dies nicht infolge seiner Einberufung zum Heeresdienste bereits vorher geschehen wäre. Die gegenteilige Auffassung kann nicht etwa aus der Entsch. 2222 (Amtl. Nachr. 1916 S. 575) hergeleitet werden. Allerdings wird dort im Hinblick auf § 7 Abs. 1 der Bekanntmachung über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 ausgeführt, daß im Gegensatz zu den auf Grund der §§ 418, 435 RVO. Befreiten die gemäß §§ 169 bis 172 daselbst versicherungsfreien Personen den „Versicherten" im Sinne des § 1 Nr. 2 der hier in Rede stehenden Bekannt-

Digitized by Google

machung vom 3. Dezember 1914 nicht gleichgestellt werden könnten. Dieser Standpunkt erscheint auch durchaus zutreffend. Der Anspruch auf Kriegswochenhilfe wird aber durch eine solche Befreiung nur dann ausgeschlossen, wenn sie zur Zeit der Einberufung zum Heeresdienste bereits besteht, nicht auch dann, wenn sie erst hinterher eintritt. Denn § 1 Nr. 2 a. a. O. erfordert nach seinem klaren Wortlaut nur, daß der Ehemann vor Eintritt in den Heeresdienst versichert gewesen ist, nicht auch, daß die Voraussetzungen der Versicherungspflicht für ihn zur Zeit der Entbindung seiner Ehefrau vorliegen würden, wenn er nicht eingezogen worden wäre. Auch auf die Entsch. 2145 und 2246 (Amtl. Nachr. 1916 S. 349 bzw. 627) kann sich die Beklagte nicht stützen, da hier die Gründe der Abweisung des Anspruchs auf Kriegswochenhilfe andere sind. In dem Fall der erstgenannten Entscheidung war der Ehemann zur Zeit der Niederkunft der Ehefrau von der Militärbehörde vorläufig entlassen; er leistete also damals weder Kriegsdienste noch war er durch das Fortbestehen seines Militärverhältnisses an der Wiederaufnahme seiner früheren Erwerbstätigkeit gehindert; die Erfordernisse des § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung waren also zur Zeit der Niederkunft nicht erfüllt, während sie vorliegend unzweifelhaft gegeben sind, da der Ehemann der Klägerin zur Zeit ihres Wochenbetts Kriegsdienste leistete. Was sodann die Entscheidung 2246 anlangt, so ist dort gleichfalls das Vorhandensein der Voraussetzungen des § 1 Nr. 1 a. a. O. verneint worden, weil der Ehemann während der fraglichen Zeit Sanitätsdienste leistete aber nur in so unerheblichem Maße, daß er dadurch an der Ausübung seiner gewöhnlichen Erwerbstätigkeit fast gar nicht gehindert wurde. Mit Recht ist deshalb angenommen worden, daß in einer derartigen Nebenbeschäftigung nach dem Willen des Gesetzgebers die Leistung von Kriegs-, Sanitäts- und ähnlichen Diensten nicht erblickt werden könnte. Es erscheint aber nicht angängig, den gleichen Standpunkt auch in einem Falle einzunehmen, in dem die Leistung der Kriegsdienste die Kraft und Zeit des Ehemannes vollkommen in Anspruch nimmt und nur eine Beeinträchtigung seiner Einkommensverhältnisse dadurch nicht mehr bewirkt wird. Denn wenn der Grund der Einführung der Kriegswochenhilfe auch gewiß der gewesen ist, in Fällen helfend einzugreifen, in denen den Ehemännern durch den Ruf zu den Fahnen die Möglichkeit genommen oder beschränkt ist, hier selbst mit der nötigen Hilfe für die Ihrigen einzutreten, und solchen Männern die Sorge um Wohl und Bestand ihrer Familie durch die Gewißheit zu erleichtern, daß ihre Frauen in ihrer schweren Stunde vor äußerster Not geschützt sind — zu vgl. Krause, Kriegswochenhilfe I, 2. Aufl. S. 17 —, so kann doch diese Erwägung nicht dazu führen, im Einzelfalle den Anspruch auf Wochenhilfe abzuerkennen, wenn die Gestaltung der Verhältnisse einen Fall dringender Not als ausgeschlossen erscheinen läßt. Für eine solche Auslegung bietet der Wortlaut der Bekanntmachung keine Grundlage. Denn der Gesetzgeber hat hier im Gegensatz zu der Bekanntmachung betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges vom 23. April 1915 die Gewährung der Wochenhilfe nicht von der Bedürftigkeit der Wöchnerin abhängig gemacht, hat sie also nicht nur den „minderbemittelten", sondern unterschiedslos allen Wöchnerinnen zugewendet, auf die die Voraussetzungen des § 1 daselbst zutreffen. Eine Beschränkung in der angegebenen Richtung ist offenbar deshalb nicht für erforderlich erachtet worden, weil der Gesetzgeber den Kreis der nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 für die Wochenhilfe in Betracht kommenden Personen durch die Bezugnahme auf die reichsgesetzliche Krankenversicherung für genügend umschrieben ansah, die im allgemeinen nur Personen in abhängiger, nicht gehobener Stellung umfaßt (zu vgl. Krause a. a. O. S. 17/18). Die Ansicht der beklagten Kasse würde dazu führen, auch dann die Wochenhilfe zu versagen, wenn ein privater Arbeitgeber den eingezogenen Arbeitern ihren Lohn fortzahlt, was offenbar unzutreffend wäre.

C. Zur Unfallversicherung.

Zur Unfallfürsorge für Kriegsgefangene.

Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 13. September 1917 (2969 Amtl. Nachr. 1917 S. 573).

Kriegsgefangene unterliegen den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Unfallversicherung nicht; sie sind diesen Vorschriften auch durch das Gesetz vom 15. August 1917 nicht unterstellt worden.*) § 3 dieses Gesetzes schreibt vielmehr lediglich vor, daß der für die Überlassung der Kriegsgefangenen zu entrichtende Entgelt bei der Berechnung der Beiträge oder Prämien, die der Unternehmer an den Träger der Unfallversicherung zu zahlen hat, entsprechend zu berücksichtigen ist, und § 4 beschränkt die Haftung des Unternehmers und ihm Gleichgestellter gegenüber einem durch Betriebsunfall Verletzten und seinen Hinterbliebenen auf den Fall der vorsätzlichen Herbeiführung des Unfalls. Der Kriegsgefangene dagegen hat keinen Anspruch auf Unfallentschädigung.

Für Kriegsgefangene, die als gewöhnliche land- oder forstwirtschaftliche Arbeiter beschäftigt werden,

*) ArbVers. Heft 28 S. 654.

Digitized by Google

ist die Vorschrift des § 3 a. a. O. gegenstandslos, da in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung die Beiträge, die der Unternehmer für die Versicherung solcher Arbeiter zu zahlen hat, nicht nach dem von den Versicherten verdienten Entgelt, sondern nach dem Maßstab des Arbeitsbedarfs (§§ 990 ff. RVO.) oder des Steuerfußes (§§ 1005 ff.) oder nach ähnlichen Maßstäben (§ 1010) berechnet werden. Ein Landwirt braucht also für Kriegsgefangene, die er zum Fällen von Baumstämmen heranzieht, keine besonderen Beiträge an die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zu zahlen. Er braucht daher auch den für die Überlassung der Kriegsgefangenen zu entrichtenden Entgelt der Berufsgenossenschaft nicht nachzuweisen.

Nur wenn Kriegsgefangene als Betriebsbeamte oder Facharbeiter in der Land- oder Forstwirtschaft beschäftigt werden, was selten vorkommen wird, ist der Entgelt nachzuweisen, da er in diesem Falle für die Bemessung der Beiträge von Bedeutung ist (§§ 990, 1007, 1016 RVO.).

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Versicherungsfreiheit von Hilfslehrerinnen an Volksschulen (§ 1235 Ziff. 1 RVO.).

Entscheidung des Oberversicherungsamts Lüneburg vom 14. Dezember 1916.

Die Entscheidung vom 31. Oktober ds. Js., auf deren Inhalt Bezug genommen wird, ist von dem Magistrat der Stadt L. mit der Begründung angefochten worden, daß die Versicherungsfreiheit (einer Hilfslehrerin an einer Volksschule) nicht auf Ziff. 3, sondern auf Ziff. 1 des § 1235 RVO. beruhe. Dem mußte beigetreten werden.

Nachdem die endgültige Anstellung einer Volksschullehrerin davon abhängig gemacht worden ist, daß die Lehrerin nach Ablegung der Prüfung ihre Befähigung zur endgültigen Anstellung durch eine mehrjährige Tätigkeit an einer Volksschule dargetan hat, wird eine Lehrerin, der ein solches Befähigungszeugnis noch nicht erteilt ist, versicherungsrechtlich nicht anders behandelt werden können, als diejenigen Volksschullehrer, die die zweite Lehrerprüfung noch nicht abgelegt haben. Von den letzteren sagt das Reichsversicherungsamt in seinem Beschlusse vom 29. September 1910: „Tatsächlich ist ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen. Sie haben sich für die zweite Prüfung vorzubereiten und hierfür dient am besten ihre Tätigkeit in der Schule. Denn wenn sie auch die bereits erworbenen Kenntnisse verwerten, so werden diese doch durch die Beschäftigung befestigt und vervollkommnet, und letztere verschafft ihnen die für den Lehrberuf erforderliche Gewandtheit." Das muß unter den heutigen Verhältnissen auch für die Hilfslehrerinnen an den Volksschulen zutreffen, solange sie die Bescheinigung der Anstellungsbefähigung noch nicht erhalten haben. Zwar haben sie keine eigentliche Prüfung mehr abzulegen, doch haben sie nach bestandener Prüfung mehrere Jahre an einer öffentlichen Schule tätig zu sein, wo ihre Lehrtätigkeit ständig überwacht und revidiert wird, und das Befähigungszeugnis wird erst erteilt, wenn die nach Beendigung der vorgeschriebenen Zeit vorgenommene Revision der Lehrtätigkeit die endgültige Anstellung unbedenklich erscheinen läßt.

Wenn somit in dem angezogenen Ministerialerlaß betont wird, daß Lehrerinnen, die zwar die Prüfung für den Schuldienst bestanden, aber noch nicht die im Erlaß vom 11. Januar 1911 vorgeschriebene Bescheinigung der Anstellungsfähigkeit erhalten haben, als in der Berufsausbildung anzusehen sind, so kann dem nicht entgegengetreten werden, wie auch das Reichsversicherungsamt in einer neuen Entscheidung besonders darauf hinweist, daß der Besitz oder Nichtbesitz der Anstellungsfähigkeit für die Beurteilung einer der Ausbildung dienenden Tätigkeit von wesentlicher Bedeutung ist. Auch die Bedingung, daß die fraglichen Lehrerinnen „lediglich" für ihren Beruf ausgebildet werden, muß als erfüllt angesehen werden. (Vgl. Beschluß des RVA. vom 6. Juli 1916 II. K. 14/16.)

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1917 S. 242 ff.)

Nr. 245. Bahnagenten einer Nebenbahnhaltestelle mit geringem Personen- und Güterverkehr, die in der Hauptsache mit körperlichen Verrichtungen (Instandhaltung der Baulichkeiten und Geräte, Heizung, Beleuchtung und dergleichen) betraut sind, daneben den Personenverkehr und die Annahme und Abfertigung von Gütern zu besorgen haben, irgendwelche Anordnungs- und Aufsichtsbefugnisse aber nicht besitzen, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 246. Ein auf einer höheren Töchterschule vorgebildetes und als Kindergärtnerin I. Klasse geprüftes Kinderfräulein, das die ihr anvertrauten Kinder nicht nur zu beaufsichtigen und zu pflegen, sondern auch bei ihren Schularbeiten anzuleiten hat, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des

Digitized by Google

Versicherungsgesetzes für Angestellte, auch wenn sie das Kinderzimmer und ihr eigenes Zimmer aufzuräumen und die Kleider der Kinder in Ordnung zu halten hat.

Nr. 247. 1. Streit aus § 392 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird nach § 210 entschieden.

2. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ist zur Weiterzahlung der an dem Zuschuß des Arbeitgebers gekürzten Beträge an die Lebensversicherungsunternehmungen aus den Arbeitgeberbeiträgen auch dann verpflichtet, wenn der Angestellte in der Zeit zwischen dem 5. Dezember 1911 und dem 1. Januar 1913 den Arbeitgeber gewechselt hat.

Nr. 248. Handwerker, die nach Art eines Werkmeisters in Werkstätten einer Irrenanstalt die Kranken zur Beschäftigung anzuleiten und zu überwachen haben, auch für die zu den einzelnen Werkstätten gehörigen Vorratslager verantwortlich sind und die Buchführung darüber zu besorgen haben, sind nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 249. Eine sonst nicht erwerbstätige Haustochter, die in einem Seebade während einer vom 1. Juni bis zum 30. September dauernden Badezeit als Bureauangestellte täglich 7 bis 9 Stunden gegen einen monatlichen Entgelt von 80 ℳ beschäftigt war, ist nicht im „Hauptberuf" beschäftigt und deshalb nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht versicherungspflichtig.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Beitragserstattung nach § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Vom 19. Oktober 1917 (RGBl. S. 933).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. Wenn ein Versicherter, der als Angehöriger der bewaffneten Macht des Deutschen Reichs oder eines mit ihm verbündeten oder befreundeten Staates an dem gegenwärtigen Kriege teilgenommen hat (§ 15 des Bürgerlichen Gesetzbuchs), während dieser Teilnahme verstorben ist, oder wenn ein solcher Versicherter während der Teilnahme an dem Kriege vermißt gewesen und sein Tod nachträglich festgestellt worden ist, so beginnt die Frist für die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs nach § 398 Satz 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte mit dem Schlusse des Kalenderjahres, in welchem der Krieg beendet ist.

Dies gilt entsprechend für Versicherte, die nicht zur bewaffneten Macht gehörten, wenn sie sich bei ihr aufgehalten haben oder ihr gefolgt sind, oder wenn sie in die Gewalt des Feindes geraten sind.

§ 2. Ist der Berechtigte innerhalb der im § 1 dieser Verordnung bestimmten Frist infolge von Kriegsverhältnissen verhindert gewesen, den Erstattungsanspruch geltend zu machen, so gilt der Anspruch als rechtzeitig erhoben, wenn er vor dem Ablauf von drei Monaten nach dem Wegfall des Hindernisses geltend gemacht worden ist.

§ 3. Wird nachgewiesen, daß ein Versicherter, der als verschollen galt, noch lebt, so braucht die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die zu Unrecht erstatteten Beiträge nicht zurückzufordern.

§ 4. Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft. Die Bekanntmachung, betreffend die Beitragserstattung nach § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, vom 11. Mai 1916 (RGBl. S. 370) tritt mit dem Tage der Verkündung dieser Verordnung außer Kraft.

Ansprüche auf Beitragserstattung, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieser Verordnung schwebt, unterliegen den Bestimmungen dieser Verordnung.

Ist nach dem 31. Juli 1914 eine Beitragserstattung wegen Verfalls des Anspruchs nach § 398 Satz 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte oder nach der Bekanntmachung, betreffend die Beitragserstattung nach § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, vom 11. Mai 1916 rechtskräftig abgelehnt worden, so ist von Amts wegen zu prüfen, ob die Bestimmungen dieser Verordnung für den Berechtigten günstiger sind. Wird diese Frage bejaht oder wird es von dem Berechtigten verlangt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

Anmerkung: Nach § 398 Satz 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte verfällt der Anspruch der Hinterbliebenen eines Versicherten auf Erstattung eines Teiles der eingezahlten Beiträge, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Versicherten geltend gemacht wird. Die Bundesratsverordnung vom 11. Mai 1916 (ArbVers. 1915 S. 378) hatte für die Angehörigen der im gegenwärtigen Krieg Vermißten oder Verschollenen bereits entstandene Härten oder Mißstände beseitigt bzw. gemildert. Um aber allgemein bei Todesfällen von Kriegsteilnehmern zu verhüten, daß durch eine Fristversäumnis die Hinterbliebenen geschädigt werden, hat der Bundesrat durch die vorliegende neue Verordnung für Versicherte, die als Kriegsteilnehmer verstorben oder vermißt gewesen sind, bestimmt, daß die Frist für die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs nach § 398 Satz 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte mit dem Schluß des Kalenderjahres beginnt, in welchem der Krieg beendet ist. Diese neue Verordnung hat unter Aufhebung der Verordnung vom 11. Mai 1916 rückwirkende Kraft vom 1. August 1914 ab.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Die Rechtshilfepflicht des Versicherungsamts gegenüber dem am gleichen Orte befindlichen Oberversicherungsamte.

Die Verpflichtung Rechtshilfe zu leisten, ist zwar ein Akt der Gegenseitigkeit, kann aber keinesfalls so aufgefaßt werden, daß aus diesem Gegenseitigkeitscharakter heraus bedingungslos Rechtshilfe gewährt werden müsse. Das Ersuchen um Rechtshilfe ist vielmehr nur dann zulässig, wenn es von einer Amtsstelle ausgeht, die zur eigenen Erledigung außerstande ist (vgl. hierzu Stier-Somlo B. I S. 166 f. Anm. 2 und 4 B; Hanow-Lehmann S. 297 Anm. 5; Düttmann B. I S. 182 Anm. 6, sämtliche zu § 115 RVO.). Die Erledigung in eigener Zuständigkeit ist in der Regel dann möglich, wenn es sich um Vornahme von Handlungen am Sitze der ersuchenden Stelle handelt. Unter gleichgeordneten Behörden wird daher die Stattgabe etwaiger Rechtshilfeersuchen in derartigen Fällen mit Recht abgelehnt werden können. Zweifel mögen da auftauchen, wo es sich um Ersuchen handelt, die von höheren Stellen ausgehen. Wo diese Stelle gleichzeitig als vorgesetzte Behörde tätig wird, muß ihrem Ersuchen selbstredend stattgegeben werden. Anders, wo sie einen gewissen gemischten Charakter besitzt, wie er im Verhältnis der Versicherungsämter zu den Oberversicherungsämtern zutage tritt.

Die Oberversicherungsämter sind in den größeren Bundesstaaten im allgemeinen einer höheren Staatsbehörde, an deren Sitze sie sich befinden, angegliedert. Macht sie nun die Beziehung zu dieser Stelle, die als solche zumeist vorgesetzte Behörde der unteren Verwaltungsbehörde ist, der wiederum das Versicherungsamt angegliedert ist, zur vorgesetzten Behörde des letzteren? Kann das Oberversicherungsamt unter Bezugnahme auf seine Verbindung mit der vorgesetzten Stelle des Versicherungsamts dieses „anweisen", den von ihm ausgehenden Ersuchen z. B. um eidliche oder uneidliche Zeugenvernehmungen, auf Erhebungen an Ort und Stelle usw. stattzugeben?

Die Frage wird, was zunächst das bayerische Recht anlangt, zu verneinen sein. Die Oberversicherungsämter sind in Bayern den Kreisregierungen angegliedert (Ziff. 4 der Bek. vom 30. 11. 12 betr. die Errichtung der Oberversicherungsämter, GVBl. S. 1229). Vorsitzender des Oberversicherungsamts ist daher nach § 67 RVO. der Regierungspräsident, der in dieser seiner Eigenschaft ständig und ausschließlich von dem Direktor des Oberversicherungsamts vertreten wird (Ziff. 6 a. a. O.). Der Direktor des Oberversicherungsamts tritt aber nur in der Eigenschaft des Regierungspräsidenten als Vorsitzender des Oberversicherungsamts an dessen Stelle. Eine Aufsichts- und damit eine Anordnungsbefugnis steht ihm trotzdem gegenüber den Versicherungsämtern weder in seiner Spruch-, noch in seiner Verwaltungstätigkeit zu. Zwar ist die Kreisregierung Aufsichtsbehörde der Versicherungsämter. Der Vollzug dieser Aufsicht ist aber nach Ziff. 10 der Bek. v. 30. 11. 12 betr. die Errichtung der Versicherungsämter (GVBl. S. 1232) nicht dem Oberversicherungsamt, sondern der bei jeder Kreisregierung bestehenden Kammer des Innern übertragen; neben ihr hat das Oberversicherungsamt lediglich die Geschäftsführung der Versicherungsämter mit zu überwachen und auf Abstellung wahrgenommener Mißstände „hinzuwirken"; ein Anordnungsrecht ist ihm bei Geltendmachung dieser Hinwirkung nicht eingeräumt. Es kann auch nicht daraus abgeleitet werden, daß das Oberversicherungsamt bei der Kreisregierung errichtet (angegliedert) ist. Wie sich aus dem Worte „angegliedert" ergibt, ist es durch diese Errichtung nicht zu einem immanenten Teil der Kreisregierung geworden, wie es etwa die „Kammern des Innern" oder die gleichfalls bei jeder Kreisregierung bestehenden Kammern der Finanzen und der Forsten sind. Es kann das Oberversicherungsamt daher nicht das Recht für sich in Anspruch nehmen, sich im Vollzuge der ihm übertragenen Aufgaben, namentlich aber in Angelegenheiten seiner Verwaltungstätigkeit der Mitwirkung der Versicherungsämter in demselben Umfang zu bedienen, wie dies die Kreisregierung im geschäftlichen Verkehr mit den ihr unterstellten Verwaltungsbehörden tut. Seine Inanspruchnahme dritter Stellen ist daher nur im Rahmen der Rechtshilfe möglich und unterliegt den für diese bestehenden Grundsätzen und Beschränkungen. Die ihm zugewiesene Mitwirkung bei Abstellung wahrgenommener Mißstände hat sich nicht in einer unmittelbaren Einflußnahme auf das betreffende Versicherungsamt, sondern in einem Bericht an die Kreisregierung, Kammer des Innern, zu äußern.

Dieselbe Folgerung wird sich auch für die übrigen Bundesstaaten ergeben. In Preußen sind z. B. die allgemeinen Oberversicherungsämter den an ihrem Sitze befindlichen Regierungen angegliedert. (Entschl. der Minister für öff. Arbeiten, Handel und Gewerbe, des Innern und der Finanzen v. 8. 6. 12 im HMBl. S. 352.) Auch hier werden sie dadurch nicht zu einem Bestandteil der Regierung, wie es etwa die Abteilungen für Kultus und für Steuern sind; auch hier vermögen sie also nicht das der Regierung gegenüber den Kreisen zustehende Aufsichtsrecht für sich in Anspruch zu nehmen.

Versicherungsamtmann Dr. Jaeger in München.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Reformen im Knappschaftswesen.

Das deutsche Knappschaftskassenwesen ist sehr reformbedürftig, wie auch die Arbeiter-Versorgung wiederholt dargelegt hat (1914 S. 261, 281, 1915 S. 546). Sein Hauptfehler ist vor allem die Zersplitterung und Vielgestaltigkeit der Versicherungsträger und Versicherungseinrichtungen. Die Reformbestrebungen bewegen sich daher in der Richtung einer Vereinheitlichung und Vereinfachung. Im Laufe der Jahre ist schon manches verbessert worden. Während im Jahre 1906 in Preußen noch 70 Knappschaftsvereine gezählt wurden, sind heute nur noch 47 vorhanden. Manches ist namentlich auch in der Vereinigung der einzelnen Kassen zu Verbänden und den

Digitized by Google

Abschluß von Gegenseitigkeitsverträgen geschehen. Trotzdem bleibt noch viel zu tun übrig.

Der Bergarbeiterverband (Sitz Bochum) hatte im Mai 1917 an den Allgemeinen deutschen Knappschaftsverband ein Gesuch eingereicht, das eine Reihe von Wünschen vorträgt. Es wurde u. a. darum gebeten, die Knappschaftsvereine in ganz Deutschland zur Einführung einer einheitlichen Wartezeit für die Ansprüche der Versicherten, die heute äußerst verschieden bemessen sei, zu bewegen. Die Frist sei möglichst kurz zu begrenzen. Weiter wurde gebeten, dahin zu wirken, daß die Verschmelzung von minder leistungsfähigen mit stärkeren Knappschaftsvereinen immer weiter durchgeführt wird, um so eine Stärkung und Vereinheitlichung des Knappschaftswesens herbeizuführen, die erst dann vollkommen sein werde, wenn für ganz Deutschland ein Knappschaftsverein bestehe.

Der Knappschaftsverband ist den Wünschen nicht nur entgegen gekommen, sondern teilweise darüber hinausgegangen. Er kam zu dem Beschluß, den im Oktober 1908 in Darmstadt beschlossenen, 1909 in Kraft getretenen Gegenseitigkeitsvertrag aufzuheben. Derselbe sei nicht nur schwer verständlich, sondern gewährleiste auch den Mitgliedern kein Recht auf ihre Ansprüche. An seine Stelle müsse ein besserer Vertrag treten, der am besten mit dem Namen „Freizügigkeitsvertrag" bezeichnet werden könne. Dieser gebe den Mitgliedern Sicherheiten und schaffe Grundlagen, auf denen der Rechtsweg beschritten werden könne. Er gewähre den Knappschaftsmitgliedern eine volle Freizügigkeit durch die vorgesehene Einheitlichkeit der Wartezeit und der Anerkennungsgebührenfrist. Die Zahlung und Berechnung der Renten würde einfacher von statten gehen, da der letzte Verein, dem das Mitglied angehöre, die Auszahlung der in den verschiedenen Vereinen erdienten Renten übernehme und einen berufungsfähigen Gesamtbescheid zustelle. Nach Annahme des Vertrags gäbe es keinen Verlust der Knappschaftsrechte mehr. Entweder müsse die Aufnahme in einen Verein stattfinden oder die Pensionierung des Mitgliedes vorgenommen werden.

Der Vertragsentwurf wurde in der Generalversammlung des Allgemeinen Knappschaftsverbandes, die am 1. September 1917 in Eisenach stattfand, eingehend besprochen. Dem Verbande gehören 99 v. H. der bestehenden Knappschaftsvereine an. Der Verband kann nicht für alle angeschlossenen Vereine die Einführung beschließen oder sie dazu verpflichten, sondern diesen nur die Annahme empfehlen. Den endgültigen Beschluß hat dann der einzelne Verein selbst zu treffen. Auf der Eisenacher Generalversammlung wurden nur von einem Knappschaftsverein (dem Elsaß-Lothringer) Einwendungen gegen den Vertrag erhoben. Gleichwohl wurde der neue Vertrag einstimmig angenommen. Er hat folgenden Wortlaut:

§ 1. Jedes Mitglied der Pensionskasse eines Vertragsvereins wird, solange es seine Anwartschaften noch nicht verloren hat, ohne Antrag und Rücksicht auf sein Lebensalter mit seinem erworbenen Dienstalter in

§ 8. Ficht der Beschiedene die Feststellungen des letzten Vereins an, so gilt dafür der Rechtszug, der für die Bescheide dieses Vereins gesetzlich vorgeschrieben ist. Ficht er die Feststellungen eines anderen beteiligten Vereins an, so gelten dafür die Rechtsmittel, die in den Einzelbescheiden angegeben sind.

Legt er ein Rechtsmittel an falscher Stelle ein oder ergibt dessen Prüfung, daß es sich ganz oder zum Teil gegen die Entscheidung eines anderen Vereins richtet, so ist dieser Verein verpflichtet, das Rechtsmittel als auch gegen seine Entscheidung eingelegt anzuerkennen

§ 9. Wird der Gesamtbescheid oder ein Teilbescheid abgeändert, so haben die beteiligten Vereine ihre Festsetzungen, soweit sie durch die Abänderung zugunsten des Berechtigten beeinflußt werden, abzuändern.

§ 10. Aus dem Bescheide (§§ 5—9) haftet dem Berechtigten jeder Verein nur für seinen Anteil. Der letzte Verein zahlt die gesamte Pension aus, ist aber dabei lediglich der Geschäftsführer der übrigen Vereine.

§ 11. Sind mehrere Vereine eines Bundesstaates beteiligt, so gelten für das Festsetzungs-, Rechtsmittel- und Abrechnungsverfahren dessen gesetzliche Vorschriften vor den §§ 5—10.

§ 12. Erziehungsbeihilfen und Sterbegeld (Begräbnisbeihilfe) trägt allein der letzte Verein. Nach seiner Satzung richten sich die Voraussetzungen, die Höhe und die Dauer seiner Leistungen. Nur ist, wenn der Anspruch oder seine Höhe vom Dienstalter abhängt, das Gesamtdienstalter maßgebend.

§ 13. Für das Verfahren bei einer nachträglichen Abänderung, Kürzung, Entziehung und Abfindung einer Pension gelten die §§ 4—11 entsprechend.

§ 14. Rechte der Mitglieder und ihrer Hinterbliebenen aus weitergehenden gesetzlichen Bestimmungen werden durch diesen Vertrag nicht berührt.

Zu diesen grundsätzlichen Vereinbarungen sind eine Reihe Ausführungsbestimmungen beschlossen worden. Nach diesen beantwortet sich die Frage, ob ein Mitglied seine Anwartschaft an einen Verein noch nicht verloren hat, nach der Satzung dieses Vereins, der bei Streit entscheidet. Wer nur unständiges Mitglied eines Vereins war, der zwischen Unständigen und Ständigen unterscheidet, wird beim neuen Verein als Pensionskassenmitglied aufgenommen. Der aufnehmende Verein hat jede Aufnahme dem Vertragsverein mitzuteilen, dem der Aufgenommene zuletzt angehört hat. Zum Dienstalter rechnen Beitragszeiten und alle Zeiten, die ein Verein dem Mitgliede bei der Pensionierung wie Beitragszeiten anrechnen würde. Das für das Wiederaufleben der Ansprüche notwendige Mitgliedsjahr (§ 3 Abs 2 der Grundsätze) wird auch durch unzusammenhängende Mitgliedzeiten erfüllt, wenn bei der Unterbrechung der Mitgliedschaft oder bei dem Wechsel des Vereins die Ansprüche nach diesem Vertrage erhalten bleiben. Ansprüche, die vor dem 1. Januar 1908 oder durch Abschichtung erloschen waren, leben nicht wieder auf. Ein Verein der seine Leistungen lediglich nach Steigerungssätzen bemißt, hat die Summe der bei ihm erdienten Steigerungen zu gewähren. Beginn und Ende der Zahlung richtet sich nach der Satzung des letzten Vereins. Einen Ersatzanspruch aus § 1528 RVO. hat der auszuzahlende Verein für alle beteiligten Vereine geltend zu machen. Der letzte Verein befindet auf Grund seiner Feststellungen und der Entscheidungen der anderen beteiligten Vereine über den Pensionsanspruch. Die Vereine bevollmächtigen sich gegenseitig, ihre Bescheide den Berechtigten zuzustellen und Rechtsmittel entgegenzunehmen. Die Zustellungsvollmacht ist in dem Gesamtbescheide zu erwähnen. Setzt der letzte Verein eine Pension fest, so stellt er mit dem Gesamtbescheid alle Einzelbescheide zu.

Die Abrechnung zwischen den dem knappschaftlichen Rückversicherungsverbande nicht angeschlossenen Vertragsvereinen besorgt eine gemeinsame Abrechnungsstelle. Die Vereine verpflichten sich, die von ihnen

Digitized by Google

zu zahlenden Beträge spätestens zwei Wochen nach Empfang der Abrechnung an die Abrechnungsstelle zu zahlen und bei Verzug vom Fälligkeitstage ab mit 5 v. H. zu verzinsen. Streitigkeiten, die zwischen Vertragsvereinen über die Auslegung des Vertrags entstehen, entscheidet ein Schiedsgericht. Jeder der streitenden Vereine ernennt einen Schiedsrichter. Diese wählen einen Obmann; einigen sie sich nicht über die Wahl, so ernennt ihn der Vorsitzende des Knappschaftsverbandes. Das Schiedsgericht entscheidet nach Stimmenmehrheit. Im übrigen gelten für das Verfahren die Bestimmungen der Zivilprozeßordnung. Jeder Verein kann den Vertrag mit halbjähriger Frist zum Jahresschluß kündigen. Die Kündigung hat nur die Wirkung, daß die gegenseitige Verpflichtung, die Mitglieder zu übernehmen, wegfällt. Auf die Rechte der übernommenen Mitglieder und auf die Verpflichtungen des kündigenden Vereins gegen seine früher in andere Vereine übergetretenen Mitglieder hat die Kündigung keinen Einfluß. Der Vertrag tritt mit dem 1. Januar 1918 an die Stelle des Gegenseitigkeitsvertrages vom 30. Oktober 1908. Seine Vorschriften über Ende, Entziehung und Wiedergewährung einer Pension, über Abfindung und Anrechnung gelten auch für bereits festgestellte Pensionen.

Der neue „Wartburgvertrag", wie er schon getauft worden ist, bildet ein gutes Stück Knappschaftsreformarbeit. Er ebnet den Weg, der noch zu einem Reichsknappschaftsgesetz und Reichsknappschaftsverein führen wird. Die Bergarbeiter-Zeitung, das Organ des Verbandes der Bergarbeiter, nennt den Vertrag einen „Markstein in der Knappschaftsgeschichte". Sie sieht in dem Vertrag lange von ihr vertretene Forderungen verwirklicht. Auf der anderen Seite beglückwünschte aber auch der Oberbergrat Reuß, der Vertreter der preußischen Regierung, die Generalversammlung zu ihren segensreichen Beschlüssen. Schon hieraus ist die Berechtigung der Worte zu erkennen, mit denen Geh. Oberbergrat Weidtmann die Versammlung in Eisenach schloß und in denen er betonte, daß der Krieg ein Sichkennen- und Sichverstehenlernen gebracht habe. Bei schwerer Arbeit und bei schlechter Ernährung halte die Bergarbeiterschaft im Dienste des Vaterlandes durch, ebenso wie die, die draußen vor dem Feinde stehen. Das müsse anerkannt werden. Viel sei noch für die Daheimgebliebenen und für die Hinterbliebenen der Gefallenen zu tun. Die geschaffenen Reformen im Knappschaftswesen trügen zum bescheidenen Teil hierzu bei.

Die Sozialversicherung vor dem Reichstagsausschuß.

Der Ausschuß des Reichstages für den Reichshaushalt hat über seine Verhandlungen während der Herbsttagung 1917 einen gedruckten Bericht erscheinen lassen. Aus ihm ist zu ersehen, daß mehrere Anträge eingebracht wurden, die eine Erhöhung der Renten aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung um 50 v. H. und Zuschläge zu den Unfallrenten von 50 bis 75 v. H. in Höhe von 20 v. H. und zu den höheren Unfallrenten sowie den Unfall-Hinterbliebenenrenten von 33⅓ v. H. verlangten. Die Anträge wurden mit der Not der Rentenempfänger und dem hohen Vermögen der Versicherungsträger begründet.

Von dem Vertreter des Reichsamtes des Innern wurde dazu die Erklärung abgegeben, daß der Jahresbetrag der am 1. Januar 1917 laufenden Renten auf rund 220 Mill. M. zu veranschlagen sei, wovon 80 Mill. M. vom Reiche getragen werden. Rechne man die in der Zwischenzeit hinzugekommenen Neuleistungen hinein, dann würde die Erhöhung der Leistungen um 50 v. H. einen Mehraufwand von rund 150 Mill. M. ausmachen, worin das Reich wiederum mit 45 Mill. M. beteiligt wäre. Es sei ganz unmöglich, die Deckung durch Heranziehung der Reservefonds einzelner Versicherungsträger durchzuführen. Da es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um dauernde Ausgaben handle, müssen sie gedeckt werden durch die Beiträge, die um mindestens die Hälfte der heutigen Sätze erhöht werden müßten. Die verwaltungstechnischen Schwierigkeiten wären große; es müßten alle Renten durch das Reichsversicherungsamt neu kapitalisiert werden — eine Arbeit, die heute kaum durchgeführt werden könne. Die ganze Finanzwirtschaft einzelner Versicherungsträger würde in Schwierigkeiten versetzt werden. Die Landesversicherungsanstalten haben nur soviel Geld flüssig, als sie brauchen. Die laufende Einnahme müsse die laufende Ausgabe decken. Die Fehlbeträge müßten durch Verkauf von Wertpapieren gedeckt werden, wodurch wieder Verluste entstünden. Eine endgültige Stellung könnten die zuständigen Ämter zu den Anträgen noch nicht nehmen. Es sei richtig, daß die kleinen Rentenempfänger sich infolge der Steigerung der Lebensmittelpreise in einer sehr bedrängten Lage befinden. Bei der Frage nach Abhilfe sei auf den Kriegswohlfahrtsfonds hinzuweisen. Werde dieser Fonds erhöht, so werde eine Anweisung an die Lieferungsverbände genügen, die bedürftigen Rentenempfänger tatkräftig zu unterstützen.

Von einem Parteivertreter wurde erwidert, daß die Gemeinden nicht geneigt seien, alles auf den Kriegswohlfahrtsfonds zu schlagen. Von anderer Seite wurde auch eine Erhöhung der Knappschaftsrenten befürwortet.

Der Unterstaatssekretär im Reichsamt des Innern wies nochmals auf die hohen Kosten hin, welche bei der Durchführung der Anträge entstehen würden. Es dürfe nicht außer acht gelassen werden, daß die gewaltigen Kriegslasten, die auf dem Reiche jetzt schon ruhen, es zur Pflicht machen, in der Zusage erneuter Belastung recht vorsichtig zu sein. Es wurde daraufhin einstimmig beschlossen: die verbündeten Regierungen zu ersuchen, auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) eine Verordnung zu erlassen, wonach mit rückwirkender Kraft vom 1. Januar 1917 ab als Kriegsmaßnahme aus Mitteln der Kriegsfonds für die Jahre 1917 und 1918 ein Zuschlag gezahlt wird mit der Maßgabe, daß

a) die auf Grund der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung oder der früheren Gesetze über die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gezahlten Renten um 50 v. H. erhöht werden,

β) zu den Unfallrenten von 50 bis 75 v. H., einschließlich ein Zuschlag von 20 v. H. und zu den höheren Unfallrenten, sowie den Hinterbliebenen- und Aszendentenrenten ein Zuschlag von 33⅓ v. H. zu zahlen ist,

γ) zu den landesgesetzlichen Knappschaftsrenten ein Zuschlag von 33⅓ v. H. zu zahlen ist.

Die Vollversammlung des Reichstages ist dem Verlangen ebenfalls beigetreten. Bis jetzt ist noch nicht bekannt geworden, welche Stellung die Reichsregierung dazu nimmt.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Umfang der Leistungspflicht und des Ersatzanspruchs der nach § 219 RVO. ersuchten Kasse.

1. **A. S. F.** Frage: Kassenmitglieder, welche an einer bestimmten Krankheit einer fremden Kasse zur Fürsorge überwiesen sind, erheben bei dieser Kasse wegen anderer Leiden, die mit der ersten Krankheit in keinem ursächlichen Zusammenhang stehen, häufig Unterstützungsanspruch. Sie wünschen z. B. Zahnbehandlung, Bruchbänder, Brillen. Müssen diese Leistungen gewährt werden und ist der Ersatz hierfür mit $^3/_8$ des Grundlohnes abgegolten?

Antwort: Nach § 219 RVO. erhalten Kranke, die außerhalb des Bezirks ihrer Kasse wohnen, auf Erfordern ihrer Kasse die ihnen bei ihr zustehenden Leistungen von der Kasse des Wohnorts. Die ersuchte Kasse ist also in gleichem Umfange zu Leistungen verpflichtet, wie die ersuchende. Für diese aber, also für die eigentlich zuständige Kasse, ist der das Maß der Leistungen bestimmende Grund nicht eine bestimmte Erkrankung, nicht eine durch gewisse Erscheinungen gekennzeichnete und abgegrenzte Krankheitsform im Sinne der ärztlichen Wissenschaft, sondern Leistungsgrund ist die Tatsache des Krankseins, ohne Rücksicht auf die Krankheitsursache und auf das besondere Krankheitsbild. Dieses Krankseins bildet den Versicherungsfall; Änderungen, die das Maß der Leistungen beeinflussen, stellen keinen neuen Versicherungsfall dar, gleichviel, ob sie auf dem einheitlichen Verlauf der Erkrankung oder auf dem davon unabhängigen Hinzutreten einer besonderen und andersartigen Krankheitsursache beruhen. Deshalb erstreckt sich die Leistungspflicht der zuständigen und folglich auch der ersuchten Kasse ohne weiteres auch auf die durch solche Änderungen bedingte besondere Fürsorge. Die ersuchte Kasse hat daher auch die in der Frage bezeichneten besonderen Leistungen der Krankenpflege zu gewähren und als Ersatz für die Krankenpflege nach § 222 RVO. im ganzen nur $^3/_8$ des Grundlohns zu beanspruchen.

Fortzahlung der Beiträge bis zur Abmeldung des wieder gesundeten, nicht weiter beschäftigten Arbeitnehmers.

2. **Nach Eckernförde.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse hat nach Beendigung seiner mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit sein früheres Beschäftigungsverhältnis nicht wieder aufgenommen. Der Arbeitgeber ersucht um Absetzung der Beiträge für diesen Versicherten, da sich dieser bei ihm nicht wieder gesund gemeldet habe. Wir fragen an, ob wir von einer Erhebung der Beiträge von der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit bis zum Tage der vorschriftsmäßigen Abmeldung auf Grund der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 5. Juni 1915 Abstand nehmen können, wonach die Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. nicht fortzuzahlen sind, wenn die rechtzeitige Abmeldung unmöglich war.

Antwort: Nach § 317 RVO. hat der Arbeitgeber der Kasse nicht das Ende der Mitgliedschaft, sondern das der Beschäftigung zu melden, und beide fallen keineswegs stets zusammen. So bleibt, wie im vorliegenden Falle, die Mitgliedschaft bestehen, solange der Versicherte arbeitsunfähig ist und Anspruch auf Kassenleistungen hat (§ 311 RVO.), mag auch das Beschäftigungsverhältnis schon vorher gelöst worden sein. Daher ist es für die Abmeldepflicht des Arbeitgebers grundsätzlich unerheblich, wann der Arbeitnehmer wieder arbeitsfähig wird. Ohne daß er dies weiß, kann er entscheiden, ob das Beschäftigungsverhältnis weiter besteht. Will er dessen Fortsetzung von der Gesundung des Arbeitnehmers abhängig machen, so muß er sich darum kümmern, wann dieser wieder arbeitsfähig wird. Eine Unmöglichkeit der Abmeldung, wie sie von der Entscheidung des RVA. in ArbVers. 1915 S. 781 vorausgesetzt wird, lag also nicht vor. Demnach sind die Beiträge von der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung zu entrichten.

Kriegswochenhilfe bei beschränkter Erwerbsbetätigung.

3. **Nach Nordhausen.** Frage: Ein Arbeiter ist am 31. Oktober 1916 infolge Lungenerkrankung im Felde mit 100 Prozent Erwerbsunfähigkeit aus dem Heeresdienste entlassen worden. Am 1. November 1916 hat er eine Stelle als Hausdiener gegen einen Wochenlohn von 16 ℳ angetreten, mußte aber am 5. März 1917 diese Beschäftigung infolge des wieder heftiger auftretenden Lungenleidens wieder aufgeben; er war bis zum 5. Juni 1917 erwerbsunfähig und bezog Krankengeld. Am 7. Juni 1917 hat er erneut die Arbeit aufgenommen, diesmal als Schleifer in einer Maschinenfabrik gegen einen Stundenlohn von 45 ₰. Die Beschäftigung ist nur eine leichte gewesen, er mußte sie aber dennoch am 14. August 1917 wieder wegen heftiger Stiche in der Brust und wegen starker Atemnot aufgeben und ist seit diesem Tage erwerbsunfähig. Am 9. August 1917 ist die Ehefrau des betreffenden Arbeiters von einem Kind entbunden worden; es liegt der Zweifel vor, ob hier die Kriegswochenhilfe zu gewähren ist. Wir bitten um Ihre Äußerung.

Antwort: Die mehr oder minder fehlgeschlagenen Bemühungen des Militärinvaliden, sich wieder im Erwerbsleben zu betätigen, rechtfertigen eine Beurteilung dahin, daß er zwar nicht dauernd arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung, aber doch in seiner Erwerbsfähigkeit sehr wesentlich beeinträchtigt ist, und daß er insbesondere zur Zeit der Niederkunft seiner Frau, am 8. August, nicht in einem Zustande war, der ihm ermöglichte, „den nötigen Lebensunterhalt für seine eigene Person und für die Familie zu beschaffen" (zu vgl. Bescheid des Reichskanzlers im Heft 25 der ArbVers. S. 583);

Digitized by Google

denn dazu dürfte der Stundenlohn von 45 ₰, den er damals durch eine leichte, fünf Tage später wegen erheblicher Beschwerden notgedrungen wieder aufgegebene Arbeit erwarb, kaum ausgereicht haben. Es wird nach den Umständen anzunehmen sein, daß der Invalide schon am 8. August nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes seiner Erwerbstätigkeit nachgehen konnte, daß er also im Sinne des § 1 der Bek. v. 3. 12. 14 schon damals an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit verhindert war (zu vgl. Krause, Kriegswochenhilfe I Anm. 16 zu § 1; auch ArbVers. 1915 S. 838 Ziff. 5). Wir meinen daher, daß seine Frau Anspruch auf die volle Wochenhilfe nach § 3 der Bek. hat. Wollte man dies nicht gelten lassen, so ist die Voraussetzung für die Leistungen der Kriegswochenhilfe jedenfalls nachträglich am 14. August eingetreten, so daß ungünstigstenfalls mindestens das Wochen- und Stillgeld von diesem Tage ab zu gewähren sein würde.

Kassenzugehörigkeit der Arbeitnehmer eines Innungsmitgliedes.

4. Nach Dortmund. Frage: Ein Dreschmaschinenbesitzer, seines Zeichens Schmiedemeister und Innungsmitglied, der mit seiner Dreschmaschine auch in Bezirken anderer Ortskrankenkassen tätig ist, hatte bisher seine sämtlichen Arbeiter, wie Maschinisten, Einleger und Hilfsarbeiter, bei der zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse angemeldet. In der diesjährigen Saison ist aber die Anmeldung bei der Innungskrankenkasse erfolgt. Was ist richtig?

Antwort: Wir nehmen nach Ihren Angaben an, daß der Schmiedemeister die Dreschmaschine nicht etwa für einen eigenen landwirtschaftlichen Betrieb und nur nebenbei auch zum Dreschen für andere Besitzer, sondern ausschließlich oder doch überwiegend zu letzterem Zwecke benutzt. Dann stellt der Betrieb der Maschine einen Betrieb für sich dar (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5 zu § 417 RVO.), und die darin beschäftigten Versicherungspflichtigen haben zur Ortskrankenkasse, nicht zu der für den Schmiedebetrieb bestehenden Innungskrankenkasse zu gehören. Denn wenn ein Innungsmitglied in seinem Betriebe verschiedene Gewerbszweige vereinigt, so gehören zur Innungskrankenkasse nur diejenigen Versicherungspflichtigen, welche in dem Gewerbszweige beschäftigt sind, mit dem der Arbeiter der Innungskrankenkasse angehört (zu vgl. Hahn, Anm. 3b zu § 250).

Kosten der Dienstreisen eines Beamten bei einer Postkrankenkasse.

5. Nach Düsseldorf. Frage: Im Interesse der Postkrankenkasse (Betriebskrankenkasse) muß der Vorsitzende (Postdirektor) oder ein von diesem Beauftragter (Postbeamter) hin und wieder eine Reise unternehmen. Es fragt sich, welche Reisegebühren haben diese zu beanspruchen. Die Satzung besagt hierüber nur: „Die Mitglieder des Vorstandes verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt. Die Kasse gewährt ihnen ihre bare Auslagen und Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst." Diese Bestimmungen, welche dem § 21 RVO. nachgebildet sind, beziehen sich doch wohl nur auf die gewählten Vorstandsmitglieder, nicht auf die vom Arbeitgeber bestellten Beamten der Kasse. Diese hätten also bei ihren Reisen Anspruch auf Tagegelder und Fuhrkosten, wie sie ihnen bei sonstigen Dienstreisen zustehen. Ist diese Ansicht zutreffend und hat die Kasse für die Kosten aufzukommen?

Antwort: Die „Kasse" hat nicht für die Kosten aufzukommen; im übrigen aber ist Ihre Auffassung richtig. Nach § 362 RVO. bestellt bei einer Betriebskrankenkasse der Arbeitgeber, hier also der Postfiskus, auf seine Kosten die für die Geschäfte erforderlichen Personen. Das gilt nicht nur für die zur Erledigung der laufenden Geschäfte bestellten Personen, sondern auch für solche, die nur gelegentlich mit der Erledigung eines Auftrags im Kasseninteresse, insbesondere mit einer Dienstreise betraut werden. Sie sind dafür vom Arbeitgeber zu entschädigen, und zwar bei privaten Betriebskrankenkassen nach dem Dienstvertrage und bei Betriebskrankenkassen für Reichs- oder Staatsverwaltungen nach den dafür geltenden gesetzlichen oder dienstpragmatischen Bestimmungen. Das gilt auch für Reisen des Vorsitzenden (des Postdirektors). Der § 21 Abs. 1 RVO. ist auf ihn nicht anwendbar, weil er als Vertreter des Arbeitgebers von diesem bestellt (§ 338), nicht, wie § 21 voraussetzt, gewählt ist.

Unbefugte Abmeldung des nach § 313 RVO. Weiterversicherten durch den Arbeitgeber.

6. Nach Bernkastel. Frage: Eine Firma meldete ihren zur Fahne einberufenen Kontoristen bei der Kasse ab und meldete ihn dann wieder, auf Veranlassung desselben, zur Weiterversicherung an; nach der ersten Beitragserhebung meldete sie ihn aber wieder ab, ohne ihm oder den Angehörigen davon Mitteilung zu machen. Nach einigen Monaten wurde der Kriegsteilnehmer verletzt und verlangte Krankengeld, in der Annahme, daß er noch versichert sei. Wir wiesen ihn ab. Er behauptet, daß die Abmeldung durch die Firma versehentlich erfolgt sei. Müssen wir das gelten lassen oder muß dem Kriegsteilnehmer anheimgestellt werden, Schadenersatz von seinem Beauftragten zu fordern?

Antwort: Die Abmeldung des Weiterversicherten durch den Arbeitgeber war unwirksam, weil dieser hierzu nicht ermächtigt war. Die Mitgliedschaft des Weiterversicherten ist daher nicht sofort infolge dieser Abmeldung, sondern erst infolge zweimaliger Beitragssäumnis nach § 314 Abs. 1 RVO. erloschen. Diese Rechtsfolge des Verschuldens des Arbeitgebers, dessen sich der Weiterversicherte zur Erfüllung seiner Beitragsverbindlichkeit bedient hatte, muß dieser gegen sich gelten lassen (zu vgl. § 278 BGB.). Er kann, wenn der Arbeitgeber die durch Annahme des Auftrags begründeten Pflichten schuldhaft verletzt hat, von ihm Schadenersatz verlangen (§§ 276, 662, 666 BGB.).

Aufwendungen des Armenverbandes zur Ermöglichung der Krankenpflege.

7. Nach Ulm. Antwort: Der Krankenpflege gehören auch solche Leistungen, durch die jene erst ermöglicht wird, wie die Beförderung ins Krankenhaus, die telephonische Bestellung eines Krankenwagens, die telephonische Anfrage wegen der Aufnahme ins Krankenhaus u. dgl. Die Aufwendungen hierfür werden also durch den Betrag von 1/2 des Grundlohnes abgegolten, den die Kasse dem Armenverband als Ersatz für Krankenpflege bei Krankenhausbehandlung zu gewähren hat. (§§ 1533 Ziff. 2, 1503 RVO. Vgl. auch Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4c zu § 182.) Daß es sich um den Ersatzanspruch des Armenverbandes handelt, setzen wir nach dem Inhalt Ihrer Anfrage voraus.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1891 von G. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1908 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. G. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Kosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1192 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 1. Dezember 1917 | Heft 34

Die Haftung der Krankenkassen für die Kosten der Zwangsheilung geschlechtskranker Mitglieder.

Von Landgerichtsrat Dr. Eck in Berlin-Lichterfelde.

Die in der Überschrift zusammengefaßte Rechtsfrage hat in Heft 7 S. 145 ff. des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift eine eingehende Besprechung durch den Geh. Justizrat Hahn erfahren. Er untersucht hierbei die gestellte Frage hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt, ob sich für den Urheber der Zwangsheilung eines geschlechtskranken Kassenmitgliedes nach bürgerlichem Recht ein Anspruch aus der Geschäftsführung ohne Auftrag begründen läßt und gelangt schließlich zu einem verneinenden Ergebnis.

Im Gegensatz hierzu hat sich neuerlich die 7. Zivilkammer des Kgl. Landgerichts I Berlin, zu deren besonderer Zuständigkeit die Entscheidung über Krankenkassensachen in zweiter und letzter Instanz gehört, und die somit in Anbetracht der großen Zahl der in Berlin-Mitte ansässigen Krankenkassen eine bevorzugte Stellung hinsichtlich der einschlägigen Rechtsbildung einnimmt, durch ein Urteil vom 19. Oktober 1917 auf den umgekehrten Standpunkt gestellt. Angesichts der großen Tragweite der gesamten Behandlung der Zwangsheilung Geschlechtskranker im allgemeinen und dementsprechend auch der damit verknüpften besonderen Frage, wer für die Kosten dieser Maßnahme letzten Endes einzustehen habe, dürfte es angezeigt erscheinen, die der letztgenannten Entscheidung zugrunde liegenden Gesichtspunkte in dieser Zeitschrift einer Besprechung zu unterziehen.

Der der gedachten Entscheidung zugrunde liegende und auch sonst regelmäßig wiederkehrende Tatbestand ist der folgende: Die staatliche Ortspolizeibehörde greift eine der Gewerbsunzucht obliegende Person wegen Sittenpolizeiübertretung auf und führt sie wegen der dabei erkannten Geschlechtskrankheit einem öffentlichen Krankenhause zum Zwecke der Zwangsheilung zu. Nachdem dort die Kassenmitgliedschaft der Erkrankten festgestellt ist, ersucht die Krankenhausverwaltung die zuständige Kasse um Übernahme der entstehenden Heilungskosten. Die Kasse lehnt jedoch die Kostenübernahme unter Hinweis darauf ab, daß sie zur Gewährung der Krankenhausbehandlung nicht verpflichtet sei. Es entsteht nun die Frage, unter welchem rechtlichen Gesichtspunkt der durch seine polizeilichen Organe tätig gewordene Staat die Krankenkasse zur Erstattung der Heil- und Pflegekosten für das geschlechtskranke Kassenmitglied heranziehen kann.

Dabei ist für die vorliegende Betrachtung zunächst auszuscheiden die Möglichkeit einer Begründung des Anspruches aus § 1531 RVO., da der hier geregelte sogenannte Armenpflegefall die Erfüllung einer gesetzlichen Unterstützungspflicht der Gemeinde oder des Armenverbandes gegenüber dem Hilfsbedürftigen voraussetzt, die Polizeibehörde aber in den seltensten Fällen in Ver-

Digitized by Google

tretung eines dieser Verbände gehandelt hat. Es bleibt also nur die andere Frage übrig, ob sich der bezeichnete Anspruch nach bürgerlichem Recht unter dem Gesichtspunkt eines Anspruchs aus der Geschäftsführung ohne Auftrag auf Grund der §§ 683, 679 BGB. begründen läßt. Aus der Heranziehung der zweiten der ebengedachten Bestimmungen in Verbindung mit dem oben gesetzten gewöhnlichen Tatbestande ergibt sich zugleich eine Begrenzung der Frage dahin, in welcher Weise ein Erstattungsanspruch aus auftragsloser Geschäftsführung gegen die Krankenkasse unerachtet ihres Widerspruches gegen die im Krankenhause bewirkte Zwangsheilung des geschlechtskranken Mitgliedes zu begründen ist.

Hierzu bestimmt nun § 679 BGB. in Abweichung von der Grundregel der §§ 677, 683 BGB., daß ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille des Geschäftsherrn dann nicht in Betracht kommt, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht des Geschäftsherrn, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, nicht rechtzeitig erfüllt werden würde. Unterstellt man hier zunächst einmal, daß die Gewährung der Krankenhausbehandlung an das geschlechtskranke Kassenmitglied überhaupt eine Pflicht der Krankenkassen darstellt, so würde das weitere Erfordernis des § 679 BGB., daß deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, angesichts dieser Pflicht füglich nicht bezweifelt werden können. Es bleibt somit noch zu untersuchen, ob überhaupt der Kasse eine Pflicht zur Gewährung der Krankenhausbehandlung obliegt. Indes mag diese rein sachliche Frage zunächst hinter einer anderen mehr formalen Vorfrage zurückgestellt bleiben. In Verbindung mit letzterer wird sich dann ferner ergeben, ob ohne das Eintreten der staatlichen Zwangsheilung die Krankenkasse sich mit der Erfüllung ihrer Pflicht dem Versicherten gegenüber im Verzuge befindet.

Es erhebt sich nämlich zuvörderst das Bedenken, ob die Zwangsheilung durch die staatlichen Organe überhaupt als „Geschäft" der Krankenkasse gelten kann, weil sie ohne den für die Gewährung der Kassenleistungen nach § 1545 Ziff. 2 RVO. erforderlichen Antrag des Kassenmitgliedes, ja sogar gegen seinen Widerspruch erfolgt. Hahn (S. 146, 147) erachtet dieses Bedenken für durchschlagend gegen den gedachten Ersatzanspruch aus auftragloser Geschäftsführung, und die Instanzgerichte haben sich ihm vielfach angeschlossen. Allein so überzeugend dieser Grund auf den ersten Anblick erscheint, so wenig hält er bei genauerer Betrachtung Stand. Die RVO. ordnet nämlich in der angezogenen Bestimmung im Gegensatz zu dem vom Verfahren von Amts wegen beherrschten Gebiet der Unfallversicherung für die übrigen Gebiete der Arbeiterversicherung das Antragsverfahren an, jedoch ohne hier die Personen des, bzw. der Antragsberechtigten näher zu bezeichnen. Läßt man nun hier die Frage beiseite, ob neben dem Versicherten selbst noch andere Personen ein selbständiges Antragsrecht haben, so bleibt in Ansehung des Versicherten selbst jedenfalls der Sinn der angeführten Bestimmung der, daß die Kasse, wie es auch Hahn ausdrückt, ihm ihre Leistungen nicht aufdrängen darf. Daraus ergibt sich in positiver Richtung, daß dem Erfordernis eines Antrages jedesmal dann genügt ist, wenn das Verlangen nach Gewährung der Kassenleistungen von dritter Seite mit dem Willen des Versicherten gestellt wird. Bei der Beurteilung der Willensrichtung kann nun aber u. E. nicht, wie Hahn es tut, von einer dem privatrechtlichen Geschäftswillen entsprechenden schrankenlosen Entschließung des Versicherten ausgegangen werden. Insbesondere läßt sich die Voraussetzung des Antrages nicht um deswillen verneinen, weil die geschlechtskranke Frauensperson die Zwangsheilung als eine störende Unterbrechung ihres unsittlichen Gewerbes empfunden und ihr deshalb widerstrebt haben würde. Denn es steht mit dem Wesen des Gesetzgebungswerkes der Reichsversicherungsordnung, welche gemäß der Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 die

Digitized by Google

Fürsorge für die versicherungspflichtigen Arbeiter und die Hebung ihrer Arbeitskraft im Interesse der Erhaltung eines leistungsfähigen Volkes verfolgt, im Widerspruch, den auf unsittliche und unter Umständen strafsällige Zwecke gerichteten Willen eines Versicherten der Regelung der Ersatzpflicht zugrunde zu legen. Vielmehr kann hier nur von einem solchen Willen des Versicherten ausgegangen werden, der dem Geist dieses sozialen Gesetzgebungswerkes entspricht und wie er vom Versicherten selbst bestimmt werden würde, wenn er seine eigenen Interessen so, wie es der Gesetzgeber im Auge hat, richtig zu beurteilen verstünde. Im Sinne dieses Gesetzgebungswerkes muß aber der Versicherte nach einer schöpferischen Verwertung seiner Arbeitskraft im Rahmen des Rechts und der Sitte bestrebt sein. Es kann somit im Erkrankungsfall sein Wille auch im Interesse der erneuten Verfolgung dieses Ziels nur auf Heilung seines Krankheitszustandes gerichtet sein. Dieser Wille ist also dem Versicherten selbst dann zu unterstellen, wenn sein Wollen im einzelnen Fall durch krankhafte, verbrecherische oder unsittliche Triebe abgelenkt erscheint. Man mag hier im Gegensatz zu dem schrankenlosen Geschäftswillen des bürgerlichen Rechts von einem „wohlverstandenen Willen" des Versicherten sprechen. Geht man aber von einem derartigen Willen des Versicherten aus, so ist der von den staatlichen Organen, bzw. von der durch sie mit der Zwangsheilung beauftragten Krankenhausverwaltung bei der Krankenkasse gestellte Antrag auf Gewährung der Krankenhilfe für das geschlechtskranke Kassenmitglied als mitbessen — wohlverstandenem — Willen gestellt anzusehen und damit dem Erfordernis des Antrages genügt.

Die Verwendung eines derartigen durch die höheren Ziele der Arbeiterversicherung bedingten und beschränkten Willens für die Beurteilung bürgerlich rechtlicher Folgen ist übrigens keineswegs etwas neues. Es sei hier nur daran erinnert, daß er z. B. bei der Beurteilung der Kassenpflichten aus einem sogenannten Krankenhaus-Aufnahmeschein in der Rechtsprechung Verwertung gefunden hat. Hat nämlich die Kasse einen solchen Schein für ihr Mitglied auf einen beschränkten Zeitraum ausgestellt, und macht sich nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Krankenhausarztes demnächst eine Verlängerung der Krankenhauspflege erforderlich, so wird der Widerspruch der Kasse gegen die Tragung der ferneren Verpflegungskosten seitens der Gerichte mit der Begründung zurückgewiesen, daß die Kasse mit der Zeitbestimmung nicht etwa ihren Verpflichtungswillen zeitlich habe begrenzen, sondern nur die vermutliche Dauer der Krankenhausbehandlung habe abschätzen wollen; denn nach dem Geiste der Versicherungsgesetzgebung müsse sie eben die Wiederherstellung des Kassenmitgliedes gewollt haben; es sei also ihr Verpflichtungswille als soweit erstreckt anzusehen, wie das pflichtmäßige ärztliche Ermessen es erfordere.

Mit der Unterstellung eines derartig richtig verstandenen Willens des Versicherten erledigt sich zugleich das von Hahn (S. 147) weiter erhobene Bedenken, daß es beim Widerspruch der Kasse gegen die staatliche Geschäftsführung eines Verzuges der Kasse bedürfe, ein solcher aber mangels Erhebung von Ansprüchen seitens der Versicherten nicht vorliege. Denn dieser Verzug ist eben, wenn auch nicht durch den Versicherten selbst, so doch mit seinem Willen durch die Staatsbehörde, bzw. die von letzterer mit der Heilung beauftragte und deshalb auch zum Erlaß der Zahlungsaufforderung ermächtigte Krankenhausverwaltung mit der Aufforderung zur Kostenübernahme begründet worden.

Das zweite von Hahn erhobene grundlegende Bedenken gegen die Haftbarkeit der Krankenkasse — und damit nehmen wir die oben zurückgestellte Frage wieder auf — gipfelt darin, daß die Kasse nach § 184 RVO. wohl das Recht, aber nicht die Pflicht gehabt habe, die Krankenhilfe in der Form der Krankenhausbehandlung zu gewähren. Hieraus folgert er, daß

Digitized by Google

die im Krankenhause bewirkte staatliche Zwangsheilung des geschlechtskranken Kassenmitgliedes überhaupt nicht die Erfüllung einer Kassenpflicht, geschweige denn einer im öffentlichen Interesse begründeten Pflicht im Sinne des § 679 BGB. darstelle. Es ist nicht zu verkennen, daß dieses Bedenken ein sehr gewichtiges ist. Trotzdem wird sich dasselbe bei weiterer Betrachtung ebenfalls zerstreuen lassen.

Hierzu bedarf es zunächst einer kurzen Erörterung über die Tragweite des § 184 RVO. Diese Bestimmung gewährt in Absatz 1 allerdings der Kasse zunächst nur die Befugnis, an Stelle von Krankengeld und Krankenpflege dem Versicherten Krankenhausbehandlung angedeihen zu lassen. Allein durch die in die Form einer Ordnungsvorschrift gekleidete Bestimmung in Absatz 4, daß bei besonderer Pflegebedürftigkeit des Erkrankten, ferner bei ansteckenden, sowie bei den einer ständigen Beobachtung bedürftigen Krankheiten die Kasse „möglichst Krankenhausbehandlung gewähren solle", bringt der Gesetzgeber selbst seinen Willen dahin zum Ausdruck, die Kasse bei Ausübung ihrer Befugnis nicht einer privatrechtlich schrankenlosen Entschließung zu überlassen, sondern sie zur Anpassung an den bereits hervorgehobenen Grundgedanken der Reichsversicherungsordnung zu zwingen, der dahin geht, die erkrankten Mitglieder einer schöpferischen Verwertung ihrer Arbeitskraft wieder zuzuführen. Gegenüber einem geschlechtskranken Mitgliede, insbesondere gegenüber einer unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehenden Frauensperson kann aber dieser angepaßte Willen nur auf die Gewährung der Krankenhausbehandlung gerichtet sein, da nach den Erfahrungen des Lebens diese Art Kranken ohne Einschließung in das Krankenhaus ständig in ihr Treiben zurückfallen und dadurch jeden Heilerfolg hintanhalten. Es liegt also bei ihnen ein Schulfall für die in Absatz 4 und Absatz 3 Ziffer 4 des § 184 RVO. umschriebene Voraussetzung vor, daß „das Verhalten des Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert". Danach ist für die Fälle der Geschlechtskrankheiten nach der RVO. von einer grundsätzlichen Verpflichtung der Kasse zur Gewährung von Krankenhausbehandlung auszugehen.

Nun besteht freilich in der versicherungsrechtlichen Literatur über die Tragweite dieser Verpflichtung Streit: während man sich darüber einig ist, daß § 184 RVO. dem Versicherten selbst keinen im Rechtswege verfolgbaren Anspruch auf Krankenhausbehandlung gibt, wird darüber gestritten, ob er den Versicherten berechtigt, die Kasse im Aufsichtswege zur Gewährung dieser Art der Krankenhilfe anzuhalten (Olshausen, Anm. 13 und Hahn, Anm. 3b zu § 184 RVO.), oder ob dem Versicherten auch dieses Recht abzusprechen ist, wie es das Reichsversicherungsamt in den bei Hahn (S. 49) nachgewiesenen Entscheidungen angenommen hat. Indes braucht dieser Streit für unsere Frage nicht entschieden zu werden. Jedenfalls spricht Hahn von beiden Standpunkten aus dem bürgerlichen Gericht die Befugnis zur Nachprüfung darüber ab, ob im einzelnen Falle die Krankenkasse „möglichst" Krankenhauspflege zu gewähren habe, indem er dem letzteren Wort eine abschwächende Bedeutung beilegt. Er führt dazu aus, daß hierbei nicht sowohl rechtliche Gesichtspunkte, als vielmehr hauptsächlich solche der Versicherungspolitik, insbesondere die der finanziellen Belastung zur Kasse, in Betracht zu ziehen seien, daß aber über letztere Gesichtspunkte lediglich die Aufsichtsbehörde sachgemäß entscheiden könne. Daraufhin macht er dem bürgerlichen Gericht, welches in diese Verhältnisse eindringe und die Aufgabe der Versicherungs-Aufsichtsbehörde an sich ziehe, den Vorwurf der Grenzverrückung. Allein wir glauben, dem bürgerlichen Gericht hier eine weitergehende Entscheidungsbefugnis zusprechen zu sollen, auch ohne es in den letzterwähnten Vorwurf zu verstricken.

Wie schon ausgeführt, ist nach der Reichsversicherungsordnung von einer grundsätzlichen Pflicht der Krankenkasse, den ge-

Digitized by Google

schlechtskranken Kassenmitgliedern die Krankenhilfe in der Form der Krankenhausbehandlung zu gewähren, auszugehen. Wie sich die Gestaltung und Entwicklung dieser Pflicht versicherungsrechtlich im einzelnen darstellt, kann für unsere Frage vor dem bürgerlichen Gericht zunächst außer Betracht bleiben. Dieses kann jedenfalls seiner Beurteilung des Anspruches des Staats aus auftragloser Geschäftsführung gleichermaßen eine Verpflichtung der Krankenkasse zugrunde legen, ohne Rücksicht darauf, ob der Versicherte diese Pflicht bereits zur Anerkennung im Aufsichtswege gebracht hat oder nicht, oder ob er nach der oben wiedergegebenen Ansicht des Reichsversicherungsamtes hierzu überhaupt nicht imstande ist. Glaubt die Kasse im einzelnen Fall Grund zur Freistellung von ihrer grundsätzlichen Verpflichtung zu haben, so muß das bürgerliche Gericht sie mit ihren diesbezüglichen Anführungen vor die Versicherungs-Aufsichtsbehörde verweisen und gegebenenfalls seine Entscheidung nach § 148 der Zivilprozeßordnung bis dahin aussetzen. Denn zu einer eigenen Sachprüfung ist es in dieser Hinsicht — sofern man in der Auslegung des Wortes „möglichst" der Auffassung von Hahn beitritt — in der Tat weder befugt, noch in der Lage. Keinesfalls aber kann die Krankenkasse dem bürgerlichen Gericht die Entscheidung über den Anspruch aus auftragloser Geschäftsführung entwinden durch den Hinweis darauf, daß sie zwar Grund zur Freistellung von ihrer Verpflichtung zur Gewährung von Krankenhausbehandlung habe, daß aber das Verfahren hierüber vor der Aufsichtsbehörde noch nicht in Fluß gekommen sei.

Stellt sich hiernach das bürgerliche Gericht auf den Standpunkt der grundsätzlichen *Verpflichtung* der Krankenkasse zur Gewährung der Krankenhausbehandlung an geschlechtskranke Kassenmitglieder, so muß es folgerichtig bis zur Freistellung der Kasse durch die Versicherungsaufsichtsbehörde die von Staatsbehörde bewirkte Zwangsheilung des geschlechtskranken Kassenmitgliedes als eine — mit dem Willen des Mitgliedes erfolgte — Erfüllung einer Kassenpflicht ansehen und danach den Erstattungsanspruch des Staates gegen die Krankenkasse auf die Heilungskosten aus § 379 BGB. bejahen, ohne sich dabei der Gefahr eines Übergriffes in fremde Zuständigkeiten auszusetzen.

Zum Schluß bleiben noch zwei rechtliche Bedenken gegen die Wirksamkeit eines Anspruchs aus auftragsloser Geschäftsführung zu erledigen, die zwar von minderer Bedeutung sind, jedoch vielfach seitens der belangten Kasse geltend gemacht werden.

Das eine Bedenken geht dahin, daß der Staat durch sein Vorgehen gegen den Geschlechtskranken *öffentliche* Gesundheitspflege mit *Zwangs*maßnahmen treibe, während die Kasse lediglich dem *einzelnen* Versicherten die von ihm *beantragten* satzungsmäßigen Leistungen gewähre, und daß deshalb in der ersteren Maßnahme niemals die Besorgung einer Kassenpflicht gefunden werden dürfe. Indes ist dieses Bedenken nicht begründet. Denn mag auch die Krankenkasse mit ihren Heilmaßnahmen keine öffentlichen Zwecke verfolgen und keine Zwangsheilungen betreiben, so ist doch für ihre Tätigkeit die Bahn jedesmal dann eröffnet, sobald eines ihrer Mitglieder erkrankt und dessen wohlverstandener Wille auf Heilung gerichtet ist. Die alsdann dem Versicherten gewährte Krankenhilfe ist eben das „Geschäft" der Krankenkasse. Dieses Geschäft besorgt also der Staat durch sein Vorgehen gegen den Geschlechtskranken, und es wird hieran nichts geändert, daß der Staat vermöge seiner besonderen Stellung im öffentlichen Leben noch weitere Zwecke neben der eigentlichen Heilung verfolgt, sofern er nur überhaupt die Absicht hatte, *auch für die Kasse* zu handeln. Das Vorhandensein dieser Haftung läßt sich aber in der Regel aus der Zahlungsaufforderung der vom Staat mit der Zwangsheilung beauftragten Krankenhausverwaltung an die Kasse entnehmen. Zu diesem Punkt hat sich auch

Digitized by Google

bereits Hahn a. a. O. S. 146 im gleichen Sinne ausgesprochen.

Das zweite in der Regel von der Krankenkasse erhobene Rechtsbedenken richtet sich darauf, daß der der Zwangsheilung zugeführte Geschlechtskranke einen Anspruch gegen die Kasse auf Krankenhilfe nur im Fall der Erwerbsunfähigkeit gehabt, dieser Zustand aber bei ihm nicht als eigentliche und unmittelbare Krankheitsfolge, sondern nur insofern bestanden habe, als er lediglich durch seine Einschließung im Krankenhaus an der Wahrnehmung einer geordneten Erwerbstätigkeit gehindert worden sei. Allein auch dieses Bedenken geht fehl. Denn wie schon bemerkt, zwingt die besondere Art der Erkrankung und die namentlich den weiblichen Geschlechtskranken eigene Neigung zum Rückfall in ihr unsittliches Gewerbe zur Anwendung der Krankenhausbehandlung, wenn anders überhaupt ein wirklicher Heilerfolg erzielt werden soll. Es bildet also die Einschließung im Krankenhause und die dadurch bedingte Unfähigkeit des Kranken zur Aufsuchung seiner Arbeit jedenfalls eine mittelbare Krankheitsfolge. Demnach ist auch diese Voraussetzung für einen Anspruch gegen die Kasse auf Krankenhilfe gegeben. Damit erledigt sich zugleich das von Hahn (S. 146) erhobene Bedenken, daß beim Mangel der Erwerbsfähigkeit des Versicherten der Anspruch des Staates sich nur auf Ersatz der Kur- und Heilungskosten, nicht dagegen auch auf die Kosten des Unterhalts im Krankenhause erstrecke, und daß daher ein Anspruch auf Krankengeld nicht gegeben sei.

Aus den vorstehend dargelegten Gründen erscheint der Ersatzanspruch des Staates gegen die Krankenkasse wegen Zwangsheilung geschlechtskranker Kassenmitglieder unter dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag gerechtfertigt. Es ist allerdings vorauszusehen, daß dieser Rechtsstandpunkt nicht schlechthin und überall zur Anerkennung gelangen wird. Um so mehr erscheint es wünschenswert, daß diese Frage ebenso wie zahlreiche andere Fragen des Arbeiterversicherungsrechts, die in das bürgerliche Recht hinübergreifen, zum mindesten für den Bezirk Groß-Berlin einer einheitlichen Rechtsprechung zugeführt werden. Es würde dies am einfachsten dadurch geschehen, daß die einschlägigen Sachen im Wege der Vereinbarung dem Landgericht I als dem mit dem Wirtschaftsleben der Stadt Berlin am meisten vertrauten Landgericht und hier einer Sonderkammer übertragen würden. Denn darüber besteht kein Zweifel: eine Entscheidung wie die oben besprochene hat, abgesehen von ihrer rechtsethischen Bedeutung, in wirtschaftlicher Beziehung ganz außerordentliche Wirkungen für die Krankenkassen. Die Nachdrücklichkeit, mit welcher neuerdings der Kampf gegen das Übel der Geschlechtskrankheiten von Behörden und Verbänden aufgenommen wird, gestattet einen annähernden Schluß auf die Höhe der Haftsummen, welche durch obige Entscheidung den Krankenkassen aufgebürdet werden.

Entgegnung.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

In zwei Punkten bedarf es keines näheren Eingehens auf die Ausführungen von Eck. Er nimmt an, daß unter Umständen, insbesondere in dem Falle, wenn ein geschlechtskranker Versicherter zur Verhütung der Verbreitung seiner Krankheit im Interesse der Allgemeinheit einer Anstaltspflege bedarf, die Krankenkasse auf Grund des § 184 RVO. zur Gewährung der Krankenhauspflege verpflichtet sei; und er nimmt weiter an, daß in solchem Falle der zwangsweise zunächst auf Polizeikosten in der Anstalt Verpflegte, auch wenn er außerhalb der Anstalt ohne Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen vermöchte, mittelbar infolge der Krankheit an der Aufsuchung seiner Arbeit verhindert, also arbeitsunfähig sei und daß daraus der Anspruch des Staates nicht nur auf Ersatz der Kurkosten, sondern

Digitized by Google

auch auf Ersatz der Kosten für den Unterhalt in der Anstalt, an Stelle des Anspruchs auf Krankengeld, sich ergebe. Im ersten Punkte setzt sich der Verfasser in bewußten Widerspruch mit der herrschenden, nahezu einmütigen, jedenfalls aber neuerdings in wohlerwogenen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts bestätigten Auffassung der sozialrechtlichen Wissenschaft und Rechtsprechung. Es genügt, auf die Entscheidungen 1935, 2191, 2260 Amtl. Nachr. 1914 S. 818, 1916 S. 478, 647, ArbVers. 1915 S. 179, 1916 S. 564, 753 (auch bayer. Landesversicherungsamt, MonSchr. f. Arb. u. Angest. Vers. 5 Sp. 507) zu verweisen, wonach der Versicherte in keinem Falle einen, sei es im Spruchverfahren oder durch Anrufung der Aufsichtsbehörde zu verwirklichenden Anspruch auf Krankenhauspflege hat. Im zweiten Punkte verweise ich auf meine eingehenden Ausführungen in „Betriebskrankenkasse" 1917 S. 3. Dort habe ich, unter Hinweis auf verschiedene Entscheidungen der Verwaltungsgerichte und auch auf eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts, dargelegt, daß der Versicherte, der durch die Aufnahme in eine Heilanstalt an der Ausübung seiner Erwerbstätigkeit gehindert ist, nur dann als arbeitsunfähig im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO. gelten kann, wenn diese besondere Art des Heilverfahrens zum Zwecke der Heilung, also durch die Fürsorge für den Versicherten, nicht aber, wenn sie nur durch die Fürsorge für andere, durch das Schutzbedürfnis der Allgemeinheit usw. geboten ist. Es läßt sich vielleicht darüber streiten, ob diese Rechtslage befriedigend ist oder nicht; das geht den Gesetzgeber, nicht die zur Entscheidung von Streitsachen berufenen Stellen an. Will das Berliner Landgericht — dessen Auffassung doch wohl Eck nur näher ausgeführt hat — sich weiterhin mit der Rechtsprechung der in erster Linie zur Auslegung des Reichsversicherungsrechts berufenen Instanzen in Widerspruch setzen, so werden sich die davon betroffenen Kassen damit abfinden müssen, daß den Polizeibehörden, auf dem Umwege über eine angebliche Geschäftsführung ohne Auftrag, von diesem Gerichte Kassenleistungen zugesprochen werden, die der Versicherte in dem durch die RVO. geordneten Verfahren niemals erwirken würde. Aber angesichts dieser die Kassen außerordentlich beschwerenden Verschiebung der Kostenlast mutet es doch recht seltsam an, daß Eck am Schlusse seines Aufsatzes gar noch die Werbetrommel rührt und solche Kassen, die vor einem anderen Gerichte zu belangen wären, freundlich einladet, in „einschlägigen Sachen" im Interesse „einer einheitlichen Rechtsprechung" die Zuständigkeit des Landgerichts I in Berlin zu vereinbaren — — um einheitlich das Los jener anderen Kassen zu teilen, die ihren Sitz im Bezirke dieses Gerichtes haben! Was würden die Polizeiverwaltungen dazu sagen, wenn man ihnen zumutete, bei der Geltendmachung ihrer Ansprüche aus angeblicher Geschäftsführung ohne Auftrag die Zuständigkeit etwa des Landgerichts in X zu vereinbaren, das vielleicht „mit dem Wirtschaftsleben der Stadt Berlin" weniger vertraut ist, aber den Geist der Reichsversicherungsordnung anders versteht als das Landgericht I in Berlin?

Der „Geist dieses sozialen Gesetzgebungswerks" treibt ein unheimliches Wesen in den Ausführungen des Herrn Dr. Eck und beirrt ihn so sehr, daß er Tatsachen und Rechtsfolgerungen geradezu auf den Kopf stellt. Das fängt da an, wo es sich um die Frage handelt, ob der nach §§ 1545, 1551 RVO. erforderliche Antrag auf Gewährung von Kassenleistungen vom Versicherten gestellt sein muß, um den Ersatzanspruch der Polizeiverwaltung aus § 679 BGB. zu rechtfertigen (zu vgl. meine Ausführungen im Heft 7 S. 146, 147). Hierzu bemerkt Eck: Man dürfe nicht, „wie Hahn tut" von einer dem privatrechtlichen Geschäftswillen entsprechenden schrankenlosen Entschließung (gemeint ist wohl: schrankenlosen Freiheit der Entschließung) des Versicherten ausgehen, insbesondere nicht die Voraussetzung des Antrags deshalb verneinen, weil die Ge-

Digitized by Google

schlechtskranke die Zwangsheilung als störende Unterbrechung ihres unsittlichen Gewerbes empfunden und ihr deswegen widerstrebt habe. Solchen Unsinn habe ich nirgends behauptet, und ich muß es als arge Fahrlässigkeit bezeichnen, mir dergleichen zu unterstellen. Das Gegenteil ist richtig. Ich gehe wie Eck davon aus, daß die Geschlechtskranke mit Fug und Recht gezwungen wird, sich heilen zu lassen und daß es *insoweit* nicht auf ihren Willen ankommt; nur daß ich dabei nicht mit dem „Geist des sozialen Gesetzgebungswerkes" arbeite und daß ich mir den üblen Witz versagt habe, mit Bezug auf die geschlechtskranke Prostituierte zu behaupten, der Versicherte müsse „*im Sinne dieses Gesetzgebungswerks* nach einer schöpferischen Verwertung seiner Arbeitskraft (!) im Rahmen des Rechts und der Sitte (!) bestrebt sein", und wenn er das nicht wolle, so müsse ihm ein solcher wohlverstandener Wille unterstellt werden. Davon ist in dem „Gesetzgebungswerk" (der RVO.) nicht die Spur zu finden, auch nicht zwischen den Zeilen. Die Erhaltung und Hebung wirtschaftlicher Arbeitskräfte ist allerdings eines der *Ziele* der Arbeiterversicherung, aber hier handelt es sich um die *Mittel*, deren sich das Gesetz zur Erreichung dieser Ziele bedient. Als solches Mittel spielt unmittelbarer Zwang eine wichtige Rolle in der RVO., aber nur in einer einzigen Richtung: gewisse Personen „werden versichert", gleichviel ob sie es wollen oder nicht (§§ 165, 544, 1226). Von diesem Versicherungszwang abgesehen, ist das Gesetz ein hervorragend freiheitliches, und nichts liegt ihm ferner, als einen unmittelbaren Zwang gegen die Personen, denen es seine Fürsorge zuwendet, anzuordnen oder zuzulassen. Insbesondere kennt es keinen Zwang zur Heilung. Wohl drohen dem Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen gewisse Rechtsnachteile, wenn er sich einer Heilmaßnahme entzieht, aber unter keinen Umständen darf dem Versicherten, unter Berufung auf den bewußten „Geist des sozialen Gesetzgebungswerks", zwangsweise auch nur ein Löffel Rizinusöl eingeflößt, oder ein Zahn gezogen, geschweige denn auch nur eine Stunde Krankenhausarrest auferlegt werden. Die Zulässigkeit der Zwangsheilung und die Befugnis der Polizei, Geschlechtskranke — versicherte wie unversicherte — zum Zwecke der Heilung in ein Krankenhaus zu schaffen, beruht auf *Landesrecht*, nicht auf dem Reichsversicherungsrecht, und eine Maßnahme dieser Art hat nicht die Bedeutung, daß man dem Kranken den von Eck erfundenen „wohlverstandenen Willen" unterstellt, sondern daß man sich um seinen Willen überhaupt nicht kümmert oder seinen widerstrebenden Willen bricht.

Aber selbst wenn man den Willen des Kranken, sich heilen zu lassen, unterstellen könnte, so würde daraus doch immer noch nicht folgen, daß man ihm auch den Willen unterstellen dürfte, sich *auf Kosten der Kasse* heilen zu lassen, so daß — wie Eck es ausdrückt — der von dem staatlichen Organ oder der Krankenhausverwaltung gestellte Antrag auf Gewährung der Krankenhilfe als mit dessen wohlverstandenem Willen gestellt anzusehen wäre. Diese Annahme ist ein wahrer logischer Kopfsprung. Denn die Frage, wer die Kosten der Heilung tragen soll, hat mit der Frage, ob Zwang zur Heilung geübt werden darf, nichts zu tun. Es ist keineswegs unvernünftig oder unsittlich, wenn der Versicherte meint, die Kosten des Zwanges müsse zunächst der tragen, der den Zwang ausübt, und wenn der Versicherte gar nicht daran denkt, sich dieserhalb an seine Kasse zu wenden. Selbstverständlich kann der nach §§ 1545, 1551 erforderliche Antrag bei der Kasse im Namen des Versicherten auch von einem Dritten gestellt werden, entweder mit dem Willen des Versicherten auf Grund einer Rechtsübertragung (§ 119 Abs. 2 RVO.) oder Vollmacht, oder ohne seinen Willen kraft gesetzlicher Vertretungsmacht, wie sie z. B. dem Vater oder dem Vormund eines Minderjährigen oder eines Entmündigten zusteht, oder auf Grund eines besonderen Rechts, wie es z. B. dem Armenverbande im Hinblick auf

Digitized by Google

§§ 1531 ff. RVO. zur Seite steht. Nichts davon kann die Polizeiverwaltung für sich geltend machen; und wenn Eck dennoch den Antrag der Polizeiverwaltung dem vom Versicherten bei der Kasse zu stellenden Antrage gleichstellt, so ist das nicht Anwendung oder Auslegung des Gesetzes, sondern Verleihung eines Rechtes wider das Gesetz.

Eck meint freilich, die Verwendung eines solchen „durch die höheren Ziele der Arbeiterversicherung bedingten und beschränkten Willens" sei keineswegs etwas neues. Wenn die Kasse z. B. einen Krankenhaus-Aufnahmeschein für beschränkte Zeit ausstelle und dann eine Verlängerung der Krankenhauspflege erforderlich werde, so werde der Widerspruch der Kasse gegen die Tragung der Mehrkosten mit der Begründung zurückgewiesen, daß die Kasse nicht ihre Verpflichtung habe begrenzen, sondern nur die vermutliche Dauer der Krankenhausbehandlung habe abschätzen wollen. Eine solche Annahme, mag sie tatsächlich gerechtfertigt sein oder nicht, liegt selbstverständlich im Rahmen der Aufgabe des Prozeßgerichts; denn es handelt sich dabei um nichts anderes als um die Auslegung einer vorhandenen Willenserklärung. Im Falle der Zwangsheilung aber will Eck den nicht vorhandenen Willen des Versicherten zur Antragstellung als vorhanden unterstellen, den Willen eines Dritten als den wohlverstandenen Willen des Versicherten gelten lassen. Das ist nicht Auslegung, sondern Vergewaltigung. Wäre die Meinung des Gerichts hinsichtlich des von der Kasse ausgestellten Aufnahmescheins wirklich eine entsprechende, ginge sie also dahin, daß nicht der wirkliche Wille der Kasse im Wege der Auslegung ihrer Erklärung zu ermitteln, sondern ihr das als Wille zu unterstellen sei, was das Gericht für den wohlverstandenen Willen einer braven Krankenkasse erachtet, so hätten wir es auch in diesem Falle mit einer Zwangsheilung zu tun: mit der Zwangsheilung der Krankenkassen von ihrem bösen Willen durch das Landgericht; und man müßte um so mehr das Wohlwollen bewundern, das in der freundlichen Einladung am Schlusse des Eckschen Aufsatzes zum Ausdruck kommt. —

Schließlich sei hier noch das folgende mir vorliegende Urteil des Oberlandesgerichts in Kiel v. 4. Oktober 1917 (I. Zivilsenat, U I 65/17) mitgeteilt:

Die Stadtgemeinde A. hatte kraft ihrer Polizeigewalt eine Reihe von Prostituierten zur Zwangsheilung von Geschlechtskrankheiten in Krankenhäuser eingewiesen und von der allgemeinen Ortskrankenkasse in A. den Ersatz der durch die Krankenhausbehandlung erwachsenen besonderen Kosten mit 4059,40 ℳ verlangt. Die Krankenkasse hat daraufhin Klage erhoben mit dem Antrage, festzustellen, daß sie zur Zahlung dieser Kosten nicht verpflichtet sei. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Gegen dieses Urteil hat die Kasse Berufung eingelegt, und das Oberlandesgericht hat, unter Aufhebung des landgerichtlichen Urteils, dem Klageantrage der Kasse entsprochen mit folgender Begründung:

Die Berufung ist frist- und formgerecht eingelegt, auch sachlich begründet. Der Rechtsweg ist zulässig. Der § 1531 (1540) RVO. betrifft nur die Träger der Armenrechtspflege. (Vgl. Olshausen, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, Dütt-mann-Appelius, Komm. zur RVO. Bd. I S. 292 Anm. 3a zu § 1531 und dort Angeführte.)

Die Aufwendung der verlangten Mehrkosten widerspricht dem während des langjährigen Meinungsstreits der beiden beteiligten Stellen oft von der Klägerin ausgesprochenen Willen. Gemäß §§ 683 BGB. kann daher die Beklagte von der Klägerin nur dann Ersatz ihrer Aufwendungen verlangen, wenn ohne die Handlungsweise der Beklagten eine der Klägerin obliegende Pflicht, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse lag, nicht rechtzeitig erfüllt worden wäre. Zweifellos liegt es in der überwiegenden Mehrheit der Fälle im wohlverstandenen Interesse nicht nur der geschlechtlich erkrankten Kontrollmädchen selbst, sondern auch im Interesse der Allgemeinheit, also im öffentlichen Interesse, wenn die erwähnten Kranken zur Heilung in Krankenhäuser überführt werden. Denn nach dem Wesen und der Lebensweise jener Mädchen bietet nur die Form der Krankenhausbehandlung eine gewisse Gewähr für eine rasche Heilung und dient zugleich dem Schutze anderer Personen, die später mit den Prostituierten in Berührung kommen oder bei offener Behandlungsweise mit ihnen hätten in Verbindung treten können. Insoweit, wie es vielleicht zutreffen wird, die Krankenhausbehandlung zu rascherer und sicherer Heilung führt, mag diese Form der Heilung auch, was gleichfalls in den Bereich der öffentlichen Interessen fällt, dem eigenen unmittelbaren Interesse der Krankenkassen dienen. Allein dies alles genügt nicht. Nach § 697 BGB. muß die Wahrnehmung des öffentlichen Interesses den Ausfluß der Erfüllung einer Pflicht des Geschäftsherrn bilden, um dem Geschäftsführer ein Recht auf Ersatzleistung zu verschaffen. Gerade an einer solchen Pflicht gebricht es aber in Fällen der vorliegenden Art.

Die Krankenhilfe in der Form der Krankenhauspflege ist im § 184 RVO. geregelt. Es heißt hier im Absatz I: „An Stelle der Krankenpflege kann die Kasse Kur und Verpflegung in einem Kranken-

Digitized by Google

hause . . . gewähren." Eine Möglichkeit, keine Verpflichtung ist also hier vorgesehen. In Absatz IV ist dann allerdings bestimmt, daß in den Fällen des Abs. III Nr. 1 — zu denen der vorliegende Fall zu rechnen sein wird — „die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren soll". Aber auch diese Vorschrift wendet sich, wie die Wörtchen „soll" und „möglichst" in Verbindung miteinander ergeben, lediglich an das, freilich pflichtgemäß auszuübende, Ermessen der Kassen. Die Kassen sind also auch in diesen besonderen Fällen nicht ohne weiteres zur Krankenhauspflege verbunden, haben vielmehr die Entschließung bei jedem einzelnen Vorkommnisse zu treffen. Dieses ihnen zustehende Recht kann ihnen auch nicht auf dem Umweg entzogen werden, daß die Polizeibehörde geschlechtskranke Prostituierte in Erfüllung der ihr ganz unabhängig von den Trägern der Krankenversicherung übertragenen Gesundheitsorgane unmittelbar in Krankenhäuser einweist und dann die erwachsenen Mehrkosten im Wege des Ersatzanspruches von den Kassen einzieht. (Vgl. die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vom 16. November 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 818 und vom 12. Oktober 1915, Amtl. Nachr. 1916 S. 478; Hecker, in „Ortskrankenkasse" 1916 Nr. 16 S. 563 ff.; Entsch. des Kammerger. in „Rechtsprechung" 5 S. 310; Düttmann-Appelius, Komm. zur RVO. Anm. 3 zu § 184 und dort Angeführte. — Anderer Meinung: OLG. Hamburg im Beiblatt zur Hans. Ger. Ztg. 1917 Nr. 174.)

Bei dieser Auffassung kann es unerörtert bleiben, ob nicht etwa der von der Beklagten erhobene Ersatzanspruch schon gemäß §§ 1545, 1551 RVO. an dem Fehlen der auf Krankenhausbehandlung gerichteten Anträge der erkrankten Prostituierten scheitert. Denn sie sind regelmäßig ohne, ja selbst gegen ihren Willen in die Krankenhäuser eingewiesen und haben lediglich nachträglich ihre vermeintlichen Ansprüche an die Beklagte abgetreten.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Kein Anspruch der Wöchnerin aus § 214 RVO., wenn nur normale Schwangerschaftsbeschwerden in der Dreiwochenfrist eingetreten sind.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Lüneburg** vom 14. Juli 1917.

Die Dienstmagd Käthe W. war Mitglied der beklagten Krankenkasse bis zum 25. September 1916. An diesem Tage will sie ihre Dienste infolge Schwangerschaftsbeschwerde aufgegeben haben. Sie hat sich am gleichen Tage eine Bescheinigung des Kassenarztes ausstellen lassen, zwecks Aufnahme in eine Entbindungsanstalt. Am 18. November 1916 wurde sie von einem Kinde entbunden. Am 13. Dezember 1916 stellte sie den Antrag auf Gewährung der satzungsmäßigen Leistung an Wochen- und Stillgeld. Die Kasse lehnt ab, weil der Versicherungsfall nicht in der Dreiwochenfrist nach dem Ausscheiden (§ 214 RVO.) eingetreten sei. Die hierauf erhobene Klage wurde vom Versicherungsamt abgewiesen. Ebenso wies das Oberversicherungsamt die Berufung zurück aus folgenden Gründen:

Der Anspruch gegen die Krankenkasse würde nur begründet sein, wenn der Versicherungsfall innerhalb 3 Wochen seit dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Tätigkeit, also nach dem 25. September 1916 eingetreten wäre. Das ist aber nicht der Fall, da die Schwangerschaft als solche keine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung ist. Körperliche Störungen, welche Folgen einer normalen körperlichen Entwicklung sind, wie Schwangerschaft, Wochenbett, Altersschwäche sind keine Krankheiten, sofern sich nicht daran Leiden knüpfen, die ärztliche Behandlung notwendig machen. Klägerin hat nun allerdings behauptet, daß sie schon am 25. September 1916 an Schwangerschaftsbeschwerden erkrankt und erwerbsunfähig gewesen sei, so daß ihre Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig geworden sei. Der Beweis für diese Behauptung ist aber nicht erbracht worden. Auf dem von Dr. B. ausgestellten Krankenscheine vom 25. September 1916 ist nur vermerkt: „Ist schwanger im letzten Monate. Hat angeblich keine Unterkunft und müsse zur Entbindungsanstalt." Später hat der genannte Arzt sich dahin geäußert, daß er sich nicht mehr genau entsinne, aus welchem Grunde die Klägerin um Aufnahme in die Entbindungsanstalt nachgesucht habe, das aber wisse er positiv, daß von einer Arbeitsunfähigkeit keine Rede gewesen sei. Ebenso bescheinigt die Universitätsfrauenklinik, daß die Klägerin vom 29. September 1916 bis 28. November 1916 als Hausschwangere in der Klinik gewesen sei. Irgendwelche Krankheiten hätten nicht vorgelegen. Sie sei am 18. November 1916 von einem Mädchen entbunden und am 28. November 1916 gesund entlassen. Danach ist also der Versicherungsfall nicht innerhalb 3 Wochen nach dem 25. September 1916 eingetreten, § 214 RVO., und die Klägerin hat keinen Anspruch an die Beklagte.

Kassenzugehörigkeit bei verschiedenen gleichzeitigen Arbeitsverhältnissen.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 28. August 1917 (B. K. 224/17).

Die Versicherte, Fräulein B., welche seit dem 24. September 1914 bei R. K. zu B. beschäftigt wurde und hierbei täglich 5 Stunden Dienste zu leisten hatte, hat nach ihrer Angabe, um einen größeren Verdienst zu haben und die ihr verbleibende freie Zeit noch auszunutzen, seit dem 1. Dezember 1914 eine weitere Beschäftigung beim Magistrat in W. übernommen. Hier waren ihr bestimmte Dienststunden nicht vorgeschrieben, die ihr übertragenen Arbeiten füllten aber nach Mitteilung des Arbeitgebers durch-

Digitized by Google

schnittlich 7 Stunden am Tage aus. Das Entgelt für die Tätigkeit war beim Magistrat W. im allgemeinen etwas höher als bei R. K. Die Monatsbeträge steigerten sich dort allmählich von 65 auf 129 ℳ, hier von 50 auf 110 ℳ. Der Unterschied war zeitweise nur gering. Seit Ende 1915 z. B. nur (97 ℳ zu 90 ℳ) = 7 ℳ. In der zweiten Hälfte des Jahres 1916 war der Verdienst bei R. K. mit 110 ℳ sogar höher als beim Magistrat W. mit 103 ℳ.

Aus diesen Tatumständen hat das Oberversicherungsamt nun nicht folgern können, daß die Tätigkeit der Versicherten beim Magistrat W. als eine überwiegende im Sinne des § 309 RVO. anzusehen ist. Im großen und ganzen wird die Versicherte, deren Arbeitskraft durch die Beschäftigung für R. K. mit täglich 5stündigem Dienst etwa zur Hälfte bereits in Anspruch genommen war, der Tätigkeit in W. auch nur einen annähernd ebenso großen Teil ihrer Arbeitskraft gewidmet haben. Eine mechanische Abgrenzung des Umfanges der Beschäftigung nach der Stundenzahl und nach den geringfügigen und schwankenden Gehaltsbezügen erscheint nicht angängig. Es halte hier vielmehr die Gesetzesvorschrift im § 309 Abs. 2 Platz zu greifen, nach welcher das Arbeitsverhältnis entscheidet, in das der Versicherte zuerst eingetreten ist. Hiernach war dahin zu entscheiden, daß die Versicherte B. auch für die Zeit nach dem 1. Dezember 1914 noch der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu B. als Mitglied anzugehören hat.

Prüfung der Kassenbestände gehört nicht zu den Aufgaben des Ausschusses.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 14. August 1917 (B. K. 289/17).

Der Ausschuß einer Krankenkasse verlangte im Anschluß an die Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes, daß ihm auch in die Kassenbestände Einsicht gewährt werde. Dieses Verlangen wurde von der Kassenverwaltung und auch von der Aufsichtsbehörde der Kasse für unbegründet erklärt. Die gegen den Bescheid der Aufsichtsbehörde erhobene Beschwerde wurde vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Das Verlangen des Kassenausschusses, die Kassenbestände einzusehen und nachzuprüfen, ist nach Gesetz und Satzung nicht begründet. Dem Ausschuß liegt die Abnahme der Jahresrechnung ob (§ 345 Ziff. 2 RVO., §§ 52 Nr. 2, 61 der Satzung). Davon ist eine Prüfung des Kassenbestandes schon begrifflich verschieden, und auch vom praktischen Gesichtspunkte aus läßt sich beides nicht vereinigen. Denn die Abnahme der Jahresrechnung erfolgt auf Grund einer Prüfung und Vorprüfung durch den Vorstand und den Rechnungsausschuß der Kasse zu einer Zeit, in welcher der nach der Jahresrechnung vorhandene Kassenbestand schon wieder ein ganz anderer sein wird. Der die Jahresrechnung abnehmende Ausschuß müßte also von sich aus eine besondere Feststellung des Kassenbestandes vornehmen, die Einnahmen und Ausgaben in der Zwischenzeit nachprüfen und den späteren mit dem am Schlusse des Rechnungsjahres buchmäßig vorhandenen Kassenbestand vergleichen. Zu einer solchen Maßnahme ist der Ausschuß aber nicht befugt. Sie ist eine Maßnahme der Verwaltung der Kasse, welche nach dem Gesetz (§ 342 RVO.) dem Kassenvorstande zusteht. Dem Ausschuß steht dagegen nur eine Beschlußfassung über dasjenige zu, was nicht Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstand zuweist. (§ 345 RVO.). So ist denn auch nach der Mustersatzung für Betriebskrankenkassen (§ 68) eine solche Befugnis nur dem Vorstande eingeräumt, welche Vorschrift bei mehreren Kassen noch dahin ergänzt ist, daß der Vorsitzende (Betriebsunternehmer oder sein Vertreter) unter Zuziehung von Vertretern der Versicherten im Vorstande die Kasse unvermutet prüft. Die Satzung der Betriebskrankenkasse in S. enthält eine solche Vorschrift nicht, dafür aber im § 59 die Bestimmung, daß die Kassenprüfung durch einen Beauftragten der Aufsichtsbehörde vorzunehmen ist. Satzungsmäßige Rechte des Ausschusses auf Kassenprüfung und Feststellung des Geldbestandes und Bestandes an Wertpapieren usw. bestehen also nicht. Da dem Kassenausschuß eine solche Prüfung nicht obliegt, kann für ihn insofern natürlich auch keine Haftung nach dem § 23 der RVO. in Frage kommen.

Schließlich beruft sich der beschwerdeführende Vorstand auch auf den § 31 Abs. 2 der RVO. zu Unrecht; denn diese Gesetzesvorschrift betrifft nur Rechte der Aufsichtsbehörden der Krankenkassen, nicht aber Rechte, die deren Organen zustehen.

Anmerkung: Die Entscheidung entspricht unserer Auskunft in ArbVers. 1917 Heft 15 S. 358 Ziff. 1.

Die Kasse kann Meldungen zurückweisen, für die nicht der durch Satzung vorgeschriebene Vordruck benutzt ist.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Oppeln** vom 29. September 1917 (G. 34 K. B. 17).

Die Allgemeine Ortskrankenkasse B. ist durch die Vorentscheidung des Versicherungsamts für verpflichtet erklärt worden, die für das Dienstmädchen Z. über den 15. Oktober 1916 hinaus erhobenen Beiträge dem Arbeitgeber D. zurückzuzahlen. Hiergegen hat die Kasse Beschwerde eingelegt. Sie gibt zu, daß D. wohl am 17. Oktober 1916 versucht habe, das Dienstmädchen Z. mündlich abzumelden. Damals sei ihm ein Vordruck vorgelegt worden mit dem Hinweis, daß die Abmeldung schriftlich zu geschehen habe. Er habe aber die Ausfüllung mit den Worten abgelehnt, daß er das nicht nötig habe. Die Kasse erachtete die vom Versicherungsamt gebilligte Auffassung des Arbeitgebers für irrig und erhob Beschwerde bei dem Oberversicherungsamt. Dieses entschied zugunsten der Kasse aus folgenden Gründen:

Digitized by Google

Die Anmeldung und die Abmeldung der Versicherten ist nach § 317 RVO. und § 12 der Satzung der Beschwerdeführerin Pflicht des Arbeitgebers. Darüber, in welcher Form sie zu geschehen hat, trifft der Schlußsatz des § 12 der Satzung dahin Bestimmung, daß für alle Meldungen die vom Kassenvorstand vorgeschriebenen Vordrucke zu benutzen sind. Daß die Kasse überhaupt schriftliche Meldung trotz des Fehlens einer ausdrücklichen Bestimmung in der Reichsversicherungsordnung vorschreiben kann, erscheint aus praktischen Erwägungen nicht zweifelhaft und wird, soweit dem Oberversicherungsamt bekannt, auch nirgends in der Fachpresse bestritten. Im übrigen erscheint die Auslegung der angezogenen Satzungsbestimmung im Sinne der Ausführungen der Vorinstanz — es sei nicht gesagt worden, wer den Vordruck auszufüllen habe, und der Arbeitgeber könne daher, wenn er ihn nicht selbst ausfülle, beanspruchen, daß dies bei einer mündlichen Meldung durch die Kassenangestellten geschehe — verfehlt. Dieser Sinn ist schon an sich nicht wahrscheinlich, da die Kassenorgane schwerlich beabsichtigt haben, für die Aufnahme von Meldungen durch die Kassenangestellten die Benützung eines bestimmten Vordruckes vorzuschreiben, zumal der Inhalt der Meldung doch noch weiter in die Bücher übertragen werden muß. (Die Benützung des Vordrucks würde nicht etwa den Angestellten freigestellt sein; in der Vorentscheidung heißt es unrichtig „falls dies unbedingt notwendig war", sondern es handelt sich um eine Muß vorschrift). Wohl aber hat die Vorschrift über die Benützung vorgeschriebener Vordrucke erheblichen praktischen Wert, wenn man sie auf die vom Arbeitgeber zu erstattenden Meldungen bezieht und die Benützung des Vordrucks seitens des Arbeitgebers verlangt. Dann wird durch diese Bestimmung nicht nur die Übersichtlichkeit und Vollständigkeit der Anzeige gefördert, sondern der Sachverhalt auch zuverlässiger und rascher festgestellt, als wenn der Arbeitgeber bei seinem Erscheinen bei der Kasse auf allerlei, ihm vielleicht unerwartete Fragen Auskunft geben soll. Eben dadurch würde dieses Verfahren, allgemein angewendet, vielfach zu unnützem Zeitaufwand führen.

Daß dennoch die Kasse unter Umständen die Aufnahme einer entsprechenden Verhandlung nicht ablehnen soll, wird auch von der Kasse nicht verkannt. Mit Recht weist sie aber darauf hin, daß die regelmäßige Anwendung dieses Verfahrens eine erhebliche Erweiterung des Geschäftsbetriebes mit sich bringen würde. Aus dem angegebenen Grunde erscheint es aber auch im allgemeinen Interesse nicht einmal erwünscht, daß ein solches Verfahren allgemein und namentlich auch in solchen Fällen Platz greift, wo der Arbeitgeber, wie im vorliegenden Falle, befähigt ist, selbst die Meldung abzufassen. In diesen Fällen handelt es sich bei dem Verlangen des Arbeitgebers, daß die Kassenangestellten selbst den Vordruck ausfüllen, nicht um einen „berechtigten", sondern, wie oben ausgeführt, um einen dem Sinn der rechtsverbindlichen Satzungen nicht entsprechenden, tatsächlich die Erledigung erschwerenden und daher ganz unberechtigten Wunsch des Arbeitgebers.

Hiernach war der Arbeitgeber verpflichtet, zu seiner Meldung den vorgeschriebenen Vordruck zu benützen. Ein besonderer Grund, ihm die eigene Erfüllung dieser Pflicht abzunehmen und für ihn den Vordruck auszufüllen, lag für die Kasse im vorliegenden Falle nicht vor. Da somit D. das Dienstmädchen Z. bisher nicht vorschriftsmäßig abgemeldet hat, ist er gemäß § 397 Abs. 1 RVO. zur Weiterzahlung der Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung der Versicherten verpflichtet.

B. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung über die Unfallversicherung der Betriebsbeamten.

Vom 15. November 1917 (RGBl. S. 1056).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Die Vorstände der Berufsgenossenschaften können die Versicherungspflicht auf Betriebsbeamte erstrecken, deren Jahresarbeitsverdienst den in der Reichsversicherungsordnung oder in der Satzung oder Nebensatzung für die Grenze der Versicherungspflicht vorgesehenen Betrag übersteigt (§ 548 Nr. 3, § 925 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung).

§ 2. — Der Beschluß des Vorstandes (§ 1) bedarf der Genehmigung der für die Genehmigung der Satzung zuständigen Behörde. Er tritt mit dem Tage der Genehmigung in Wirkung, sofern kein anderer Zeitpunkt in ihm bestimmt ist.

§ 3. — Der Beschluß des Vorstandes ist der nächsten Genossenschaftsversammlung zur Zustimmung vorzulegen. Wird die Zustimmung versagt, so tritt er mit Ablauf des Monats außer Kraft; andernfalls tritt er mit dem Ende des Jahres außer Kraft, das auf das Jahr folgt, in welchem der Friede geschlossen wird.

§ 4. — Die Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt ihres Außerkrafttretens.

Digitized by Google

Ein Arbeiter, der vorübergehend in einem Betriebe tätig wird, worin sonst Arbeiter nicht beschäftigt werden, ist gegen Unfall versichert.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 14. April 1917 (2966 Amtl. Nachr. 1917 S. 570).

Mit Recht hat das Oberversicherungsamt angenommen, daß der Besitzer des Wagens die Fuhre, gelegentlich der sich der Unfall zugetragen hat, in seinem gewerbsmäßigen Fuhrwerksbetriebe geleistet hat, und daß der Fuhrwerksbetrieb nach seinem Umfang nicht als Nebenbetrieb des landwirtschaftlichen Betriebs angesehen werden kann. Eine Haftung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft für den Unfall des Klägers ist daher zutreffend abgelehnt worden. Dagegen hat das Oberversicherungsamt zu Unrecht die Haftung der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft verneint. Nach § 537 Abs. 1 Nr. 7 RVO. unterliegen Fuhrwerksbetriebe der Unfallversicherung, wenn sie gewerbsmäßig betrieben werden. Daher ist nach § 544 jeder in einem solchen Betriebe beschäftigte Arbeiter gegen Betriebsunfälle versichert, gleichgültig ob und wieviele Arbeiter regelmäßig in dem Betriebe tätig sind. Die regelmäßige Beschäftigung wenigstens eines Arbeiters in einem derartigen Betrieb ist vom Gesetze nirgends als Voraussetzung für seine Versicherungspflicht verlangt. Im Gegenteil ergeben einzelne Vorschriften der Reichsversicherungsordnung klar, daß die Frage, ob ein Betrieb nach § 537 der Versicherung unterliegt, unabhängig davon ist, ob in ihm regelmäßig Arbeiter beschäftigt werden. So kann nach § 548 die Satzung die Versicherungspflicht auf Betriebsunternehmer erstrecken, die regelmäßig keine versicherungspflichtigen Personen gegen Entgelt beschäftigen, und nach § 550 können sich unter derselben Voraussetzung Unternehmer gegen die Folgen von Betriebsunfällen selbst versichern (zu vgl. Handb. der Unfallverf. I S. 231 Anm. 2e zu § 5 GUVG.; § 68 der Mustersatzung für gewerbliche Berufsgenossenschaften, Amtl. Nachr. 1912 S. 578). Diese Vorschriften des Gesetzes wären aber unmöglich, wenn derartige Betriebe nicht der Versicherung unterlägen. Es würde auch dem Sinne des Gesetzes nicht entsprechen, wollte man allgemein die regelmäßige Beschäftigung wenigstens eines Arbeiters als Voraussetzung für die Versicherungspflicht des Betriebs ansehen; denn maßgebend dafür, ob sich die Unfallversicherung auf einen Betrieb erstrecken soll, ist für den Gesetzgeber grundsätzlich die Gefährlichkeit des Betriebs und das Schutzbedürfnis des in ihm beschäftigten Arbeiters gewesen.

Trotzdem geht die Verwaltungsübung des Reichsversicherungsamts dahin, daß Betriebe, in denen nicht regelmäßig Arbeiter beschäftigt werden, nicht in das Betriebsverzeichnis der Berufsgenossenschaft aufgenommen werden (Handb. der Unfallverf. I S. 434 Anm. 1 zu § 55 GUVG). Diese Verwaltungsübung beruht aber lediglich auf Zweckmäßigkeitserwägungen, da die Verwaltungskosten nicht der Einnahme entsprechen würden, die die Berufsgenossenschaft im Falle der vorübergehenden Beschäftigung eines Arbeiters durch hierdurch bedingten geringfügigen Beitrag des Unternehmers haben würde. Aus ihr kann deshalb gegen den Anspruch eines vorübergehend in einem solchen Betriebe beschäftigten Arbeiters auf Unfallentschädigung für die Folgen eines Betriebsunfalls nichts entnommen werden; denn die Aufnahme eines Betriebs in das Betriebsverzeichnis ist nicht Voraussetzung für die Haftung der Berufsgenossenschaft im Falle eines Betriebsunfalls. Gegen die vom Senate vertretene Auffassung kann auch nicht mit Erfolg geltend gemacht werden, daß die Versicherungsträger danach für Personen haften müßten, für die sie, da der Betrieb nicht im Betriebsverzeichnis stehe, Beiträge nicht erhalten könnten; denn hierdurch sind die Versicherungsträger nach den vorstehenden Ausführungen im Endergebnis nicht geschädigt. Überdies läßt es die Reichsversicherungsordnung im § 1012 ausdrücklich zu, Unternehmer von kleinen Betrieben mit geringer Unfallgefahr, die nur ausnahmsweise Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigen, von Beiträgen zu befreien, ohne daß hierdurch die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft berührt wird (zu vgl. Rundschreiben des RVA. v. 30. November 1887 — I 23281 —, Amtl. Nachr. 1888 S. 32; Handb. der Unfallverf. II S. 116 Anm. 3 zu § 36 GUVG.; Moesle-Rabeling, Kommentar Anm. 6 zu § 1012). In gleichem Sinne wie der Senat entscheidet der eben angeführte Kommentar die hier streitige Frage in Anm. 3c letzter Absatz zu § 649. Auch eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 2. Oktober 1903 (Ia 12752/02) kommt, wenn auch mit anderer Begründung, zu dem gleichen Ergebnis. Der entgegengesetzte Standpunkt ist allerdings in einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Oktober 1905 (Ia 2980/04) vertreten. Trotzdem war eine Verweisung an den Großen Senat nicht erforderlich, weil die widersprechenden Entscheidungen nach altem Rechte ergangen und nicht in den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts veröffentlicht worden sind (zu vgl. Rev. Entsch. 1841, Amtl. Nachr. 1914 S. 507).

Sprechsaal.

Der Rechtsanwalt und die Sozialversicherung.

Der Aufsatz im Heft 29 S. 683 veranlaßt mich zur folgenden Erwiderung: Die Annahme, daß die Vergütung für die Berufstätigkeit der Rechtsanwälte im Verfahren vor den Versicherungsbehörden auf Grund der Kaiserl. Verordg. vom 24. Dezember 1911

Digitized by Google

zu karg bemessen sei und daß aus diesem Grunde das Interesse der Rechtsanwälte für das Gebiet der Sozialversicherung nicht eben geweckt werden würde, dürfte, vom Standpunkte des Sozialpolitikers aus, ein wenig zu gewagt sein. Ich neige vielmehr zu der Ansicht, daß der Rechtsanwalt der Sozialversicherung gegenüber nicht den Geschäftsmann herauskehren dürfe, sondern daß er sich vielmehr vom sozialen Fürsorgeempfinden müsse leiten lassen, sich also mit mäßigen Gebühren begnügen könne, wenn es gilt, dem wirtschaftlich Schwachen (dem Versicherten) zu seinem Rechte zu verhelfen. Und ist etwa weiter die Vergütung wirklich so „karg", wie der Verfasser angibt? Ich meine, daß eine Bezahlung für eine Vertretung vor dem Versicherungsamt, dessen Sitzungen ja Gottlob nicht die Zeitdauer einer Verhandlung vor den ordentlichen Gerichten in Anspruch nehmen, in Höhe von 3 bis zu 30 ℳ genügt und daß ebenso die Vergütung für eine Vertretung vor dem Oberversicherungsamt von 5 bis zu 50 ℳ dem Rechtsanwalt ebenfalls seine Unkosten ersetzt; denn mehr zu verlangen, halte ich, wenn der Rechtsanwalt diese Tätigkeit eben vom richtigen Standpunkte aus betrachtet, nicht für notwendig.

Der Hinweis auf die Ärzte ist nach meinem Dafürhalten nicht am Platze. Wenn es die Mehrzahl der Kassenärzte, unterstützt von einem z. Zt. mächtigen Verbande, fertiggebracht hat, bei einzelnen Krankenkassen Honorare festzulegen, welche diese Kassen nach und nach finanziell ruinieren müssen, so ist dabei eben nur zu bedauern, daß die Mehrzahl der Kassenärzte sich jeder Freiheit des Handelns entäußert hat und sich der Diktatur eines Verbandes beugt, anstatt persönlich ihre Verträge mit den Kassen zu schließen. Sollten nun auch noch die Rechtsanwälte sich dieses Vorgehen der Mehrzahl der Ärzteschaft als Beispiel nehmen wollen, dann wäre das im Interesse der deutschen Sozialversicherung nur zu bedauern.

Schließlich möchte ich noch darauf hinweisen, daß dem Herrn Verfasser — wahrscheinlich ohne kränkende Absicht — ein Ausdruck in die Feder gelaufen ist, der nicht unberichtigt bleiben darf, ich meine den, die Arbeitersekretäre als „Winkeladvokaten" hinzustellen. Ich nehme an, daß dem Herrn Verfasser die Tätigkeit der Arbeitersekretäre zu wenig bekannt ist, sonst würde er sich schwerlich zu der Bezeichnung „Winkeladvokat" haben hinreißen lassen. Ich arbeite seit rund zehn Jahren in der Reichsversicherung, und zwar auf ihren drei Gebieten. Dabei habe ich aber in reichstem Maße Gelegenheit gehabt, die Spuren der Tätigkeit der Arbeitersekretäre zu Gesicht zu bekommen und ich habe gefunden, daß sich ihre Arbeit von denen der Winkeladvokaten doch weit entfernt hält. Mag es einzelne Arbeitersekretäre geben, die „nebenbei" noch ein wenig Advokat spielen, so meine ich doch, daß wir im großen und ganzen auch einen Segen ihrer Arbeit für die Versicherten feststellen können. Und dann übersieht der Verfasser, daß es auch Arbeitersekretäre gibt, die nicht zu den „Organisierten" (soll wohl heißen „Sozialdemokraten") gehören, sondern daß auch Arbeitersekretäre vorhanden sind, die ihren Beruf ohne politische Nebenabsichten ausüben.

Im letzten Absatz seines Aufsatzes begeht der Verfasser einen schweren Fehler, wenn er sagt, daß der Rechtsanwalt mit dem Arbeitersekretär nur dann konkurrieren könne, wenn er genügend auf dem Gebiete der Sozialversicherung ausgebildet sei. Man kann doch mit niemand in Konkurrenz treten, dessen Tätigkeit man kurz vorher sozusagen als eine solche hingestellt hat, die sich scheuen müsse, ans helle Licht zu treten. Das will aber der Verfasser. Vorher stellt er die Arbeitersekretäre mit den Winkeladvokaten auf eine Stufe und später will er mit ihnen „konkurrieren". Doch dieses nur zur Richtigstellung.

Ich komme nach mehrmaligen reiflichen Erwägungen der vom Verfasser aufgeworfenen Frage zu dem Ergebnis, daß es die Rechtsanwälte beim Bisherigen bestehen lassen sollten. Rein juristische Fragen stehen bei den Streitsachen in der Sozialversicherung wohl selten im Vordergrund, und wo die Reichsversicherungsordnung einen Streit an die ordentlichen Gerichte verweist, wird wohl jede Partei von selbst den Weg zum Rechtsanwalt finden. Den Krankenkassen sind die Rechtsanwälte von jeher sehr willkommene Mitarbeiter als Vertreter in den Verbänden, in den Ausschüssen, in den Vorständen gewesen. Dort weiter zu wirken zum Wohle der deutschen Sozialversicherung, bleibe auch fernerhin ihre Aufgabe; dann kommt es nicht dahin, daß Rechtsanwälte und Krankenkassen sich um des schnöden Gewinnstes willen befehden müssen, wie dieses leider zum Schaden der Versicherten bei einem anderen Stande, der zur Mitarbeit bei der Sozialversicherung berufen, der Fall ist.

Fr. Bruns in Montabaur.

Anmerkung der Schriftleitung: Vorweg brauchen wir kaum zu sagen, daß wir Herrn Bruns vollkommen darin beitreten, daß die Arbeitersekretäre nicht in einen Topf mit den „Winkeladvokaten" (im bedenklichen Sinne des Wortes) geworfen werden dürfen. Herrn Dr. Theilhaber, dessen Ausführungen in der Jur. Wochenschr. wir S. 683 auszugsweise mitgeteilt haben, ist freilich eine Wendung entschlüpft, die für sich allein mißverstanden werden könnte, insofern er von Winkeladvokaten spricht und „als solche" dann in erster Linie die Arbeitersekretäre nennt. Dabei ist aber ersichtlich nur an den Gegensatz zu den bei den Gerichten zugelassenen Rechtsanwälten, den öffentlichen Advokaten gedacht. Daß dabei eine Absicht, die Arbeitersekretäre herabzusetzen, nicht bestanden hat, beweist gleich der nächste Satz, in dem der Verfasser der langen Praxis und den Kenntnissen der Arbeitersekretäre gerecht wird. Daß aber die Winkeladvokaten, im schlimmen Sinne des Wortes, gerade im Gebiete der Arbeiterversicherung vielfach eine recht peinliche Wirksamkeit entfalten, und zwar besonders, aber keineswegs nur in den großen Städten, das ist eine nicht zu leugnende, vielfach bezeugte Tatsache: für schlechte, mitunter nicht einmal den einfachen gesetzlichen Anforderungen entsprechende, sachlich oft ganz verständnislose Schreibarbeiten werden den bedürftigen Versicherten nicht selten übermäßige Vergütungen abgenommen (zu vgl. auch die Bemerkungen des Oberregierungsrats Dr. v. Pfuhlstein im Zentralbl. der Reichsvers. 1914 Sp. 250). Dieses Übel würde gewiß nicht beseitigt, aber doch gemindert werden, wenn eine hinreichende Zahl von Rechtsanwälten, die auf dem Gebiete des Versicherungsrechts Bescheid wissen, zur Verfügung stände. Das aber kann bei der Geringfügigkeit der in der Kais. Verordg. vorgesehen, durch keine Vereinbarung zu überschreitenden Sätze für die Tätigkeit der Anwälte in Versicherungssachen nicht erwartet werden. Zu fordern, daß die Rechtsanwälte sich mit einer Vergütung begnügen sollen, die nur eben ihre Unkosten deckt, ist eine Unbilligkeit. Es ist mit Dank anzuerkennen, daß viele Anwälte in den Ehrenämtern der Krankenkassen eine ersprießliche verwaltende Tätigkeit ohne Entgelt entfalten. Daß sie darüber hinaus noch da, wo es sich um Ausübung

Digitized by Google

ihres eigentlichen Berufs als Rechtsberater und Rechtsvertreter von Versicherungsträgern und Versicherten handelt, auf eine Vergütung für die aufgewendete Zeit und Kraft verzichten sollen, ist eine harte Zumutung. Herr Bruns verweist darauf, daß die Verhandlungen vor dem Versicherungsamt nicht soviel Zeit in Anspruch nehmen, wie die bei den ordentlichen Gerichten; aber er übersieht, daß der Rechtsanwalt, der einen einzigen Termin vor dem Versicherungsamt wahrnehmen will, dadurch immerhin in die Lage versetzt sein kann, eine Reihe von Terminen beim Amts- oder Landgericht fahren zu lassen, und daß zumal in den großen Städten die Wahrnehmung jenes einzigen Termins meist die Aufopferung des ganzen Vormittags bedeutet. Dazu kommt, daß die geringen Gebührensätze der Verordg., unter Umständen also schon der Satz von 3 ℳ, auch die Schreibgebühren, das Postgeld und sonstige Auslagen decken sollen (§ 2 Abs. 2), daß aber auf die meist recht hohen allgemeinen Geschäftsunkosten sächlicher und persönlicher Art gar keine Rücksicht genommen ist. Die Rechtsanwälte sind der einzige Stand, dem das Gesetz — in den Vorschriften der Zivilprozeßordnung über das Armenrecht — zumutet, unter Umständen ohne jede Aussicht auf Entgelt, ihre Berufstätigkeit in den Dienst der Armut zu stellen. Daß sie darüber hinaus sich auf einem ihnen an sich fern liegenden, zum Teil recht schwierigen Rechtsgebiet einarbeiten sollen, um hin und wieder einmal eine Versicherungssache für eine unzulängliche Vergütung wahrnehmen zu können, ist nicht zu verlangen und nicht zu erwarten. Der Hinweis auf das „soziale Empfinden" ist ganz gut, wenn es sich um die Übernahme von Ehrenämtern handelt, die allen Beteiligten in gleicher Weise zur Pflicht gemacht ist. Aber hier steht die Berufstätigkeit in Frage, von der der Anwalt leben soll; und wenn eine Schicht von Rechtsanwälten von ihr zweifellos recht gut leben kann, so ist es leider eine traurige Wahrheit, daß die Mehrzahl der Rechtsanwälte nur ein kümmerliches Auskommen und daß ein Teil von ihnen auch das noch nicht einmal hat. Das ist nicht gut, weder für die Rechtsanwälte noch für die Rechtspflege!

Selbstverständlich soll mit alledem nur einer solchen Erhöhung der Gebührensätze das Wort geredet sein, welche die Vertretung in Versicherungssachen nicht wesentlich unlohnender macht als die Wahrnehmung anderer Rechtsangelegenheiten. Dem entgegenzutreten, dürften weder die Versicherungsträger noch die Versicherten oder andere Beteiligte (Arbeitgeber, Angestellte der Versicherungsträger) ein vernünftiges Interesse haben. Ein Vergleich mit den entsprechenden Bestrebungen der Ärzte trifft nicht zu. Ärztliche Behandlung zu gewähren, sind die Krankenkassen und die Berufsgenossenschaften unter gewissen Voraussetzungen verpflichtet; sie sind daher in außerordentlich weitem Umfange auf die Dienste der Ärzte angewiesen; ebenso die Versicherungsanstalten, insofern sie Heilverfahren gewähren. Eine Erhöhung der ärztlichen Gebühren bedeutet daher immer eine sehr erhebliche Belastung der Versicherungsträger und mittelbar auch der Versicherten und der Arbeitgeber, die ja im wesentlichen die Kosten der Versicherung aufbringen. Ganz anders liegt die Sache bei den Rechtsanwälten. Ihre Dienste im Verfahren vor den Versicherungsbehörden in Anspruch zu nehmen, zwingt das Gesetz weder die Versicherungsträger noch andere Beteiligte. Wer gleichwohl ihrer Dienste zu bedürfen glaubt, muß und wird auch bereit sein, eine angemessene Vergütung zu zahlen; und für solche Fälle wird eine hinreichende Zahl tüchtiger, mit dem Versicherungsrecht vertrauter Anwälte nur zur Verfügung stehen, wenn die geltenden Gebührensätze auf ein die Mühe lohnendes Maß erhöht werden.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Allgemeine Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen.

Am 8. Oktober ds. Jahres ist in Jena, hauptsächlich von thüringischen Ortskrankenkassen, die Allgemeine Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen begründet worden (vgl. Heft 28 S. 664). Sie bietet den beitretenden Kassen die Möglichkeit, durch Zahlung eines festen Beitrags sich das Recht auf Erstattung derjenigen Aufwendungen zu erwerben, die den Kassen entstehen durch Gewährung von Ruhegehalten an Ärzte, Zahnärzte und Angestellte, sowie durch Gewährung von Hinterbliebenenfürsorge und Heilverfahren. Ihre Satzung gestattet den Angestellten, die bereits sechs Monate bei der Ruhegehaltsversicherung versichert waren, die Weiterversicherung, wenn sie aus der Beschäftigung bei der Kasse ausscheiden und in eine gleiche oder ähnliche Beschäftigung bei einer anderen Kasse nicht wieder eintreten oder wenn ihnen in der neuen Stellung bei einer anderen Kasse Anrecht auf Ruhegehalt nicht gewährt wird. Angestellte, die ein Anrecht auf Ruhegehalt durch fünfjährige Tätigkeit bei einer Krankenkasse erworben haben und erst dann aus der Kassenbeschäftigung ausscheiden, können, wenn sie fünf Jahre bei der Ruhegehaltsversicherung versichert waren, durch Zahlung einer Anerkennungsgebühr von 3 ℳ im Jahr sich dieses Anrecht erhalten, einerlei, wo und in welcher Stellung sie sich innerhalb des Deutschen Reiches aufhalten. — Der Beitrag zu der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung ist auf 12 v. H. des jährlichen Diensteinkommens der Angestellten usw. bemessen. Ergibt sich in einigen Jahren, daß die Beiträge zu hoch sind, wird eine Ermäßigung derselben eintreten. — Die Mitgliedschaft kann von allen im § 225 Abs 1 RVO. bezeichneten Krankenkassen erworben werden. Den versicherten Kassen werden für den Fall der Ruhegehaltsgewährung zurückerstattet nach fünfjähriger Dienstzeit des Angestellten 25 Hundertstel des zuletzt bezogenen Gehalts, mindestens jedoch 400 ℳ. Die Erstattungsbeträge steigern sich um je ein oder zwei Hundertstel bis zum Betrage von achtzig Hundertsteln des Gehalts nach Vollendung des vierzigsten Dienstjahres. Witwen- und Waisengeld wird erstattet oder bezahlt mindestens im Betrage von 400 ℳ, und die Summe steigt, entsprechend der für den Verstorbenen anzurechnenden Dienstjahre, bis zur Höhe des Ruhegehalts, das der Verstorbene am Todestage selbst hätte beziehen können. — Die Leitung der Kasse besorgt der Vorstand. Ihm dürfen nur Personen angehören, die während ihrer gesamten Amtsdauer dem Vorstand einer Krankenkasse als Vertreter der Versicherten oder der Arbeitgeber angehören. Der Vorstand besteht aus acht Mitgliedern und zwei Beisitzern aus dem Kreise der Angestellten, die nur beratende Stimme haben. Der Vorsitzende und dessen zwei Stellvertreter bilden den engeren Vorstand, der die laufenden Geschäfte erledigt. Die jährliche Generalversammlung wird von Vertretern

Digitized by Google

der Kassen und Angestellten gebildet. — Von anderer Seite ist wiederholt vor der Beteiligung an der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung gewarnt worden, weil die Mitgliedschaft bei derselben das Selbstverwaltungsrecht gefährde (zu vgl. Heft 28 S. 663 unten). Demgegenüber wird von der Leitung des neuen Unternehmens darauf hingewiesen, daß die thüringischen Regierungen hinsichtlich der Ausnutzung des Rechtes aus § 359 RVO. erklärten, sie würden von diesem Rechte keinen Gebrauch machen, solange die Krankenkassen selbst den Angestellten Ruhegehaltsansprüche und Hinterbliebenenfürsorge gewähren. Diesen Standpunkt haben die sächsische und einige andere Regierungen ebenfalls zum Ausdruck gebracht. Selbstverständlich haben aber hiermit alle diese Regierungen nicht ein für allemal bindend auf die Anwendung des § 359 verzichtet. Nur mit dieser Begrenzung kann also von einer gewissen Sicherstellung des Selbstverwaltungsrechts auch in Sachsen gesprochen werden. Eine Ausnahme allein bildet wohl Preußen (zu vgl. ArbVers. 1914 S. 186). Es bestehen aber außerhalb Preußens sehr viele Krankenkassen, die Erwägungen wie in Preußen nicht anzustellen haben. Diese vor allem ladet die Allgemeine Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen zum Beitritt ein. Vorsitzender derselben ist zur Zeit Schriftleiter Heinrich Fischer in Weimar (Jakobstraße 41). Weimar ist auch Sitz der Ruhegehaltsversicherung. Auskünfte werden erteilt von der Verwaltung der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen in Weimar (Geschäftsräume der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu Weimar, Postschließfach 15).

Kriegstagung des Betriebskrankenkassenverbandes.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen (Sitz Essen) hat am 12. November in Berlin im Savoy-Hotel eine Versammlung abgehalten. Nach dem von dem Vorsitzenden, Justizrat Wandel, Direktor bei den Krupp-Werken, Essen, erstatteten Geschäftsbericht umfaßt der Verband 3500 Krankenkassen. Die folgenden Punkte der Tagesordnung betrafen den zeitigen Stand des Verhältnisses zu den Ärzten und die zeitigen Verhältnisse des Arzneibezuges. Es wurde bedauert, daß sich das Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten infolge der wenig versöhnlichen Haltung der Ärzteorganisationen nicht in dem wünschenswerten Maße verwirkliche. Die Bestrebungen auf Änderung der Reichsversicherungsordnung, namentlich in der äußeren Verfassung der Krankenversicherung, über die dann verhandelt wurde, lehnte die Versammlung ab. Den Hauptpunkt der Tagesordnung bildeten Vorträge und Erörterungen über „Krankheitsverhütung und besondere Gesundheitsfürsorge". Die Verhandlungen führten zu dem Ergebnis, daß sich nach Lage der Verhältnisse die Krankenkassen mehr als bisher an dem allgemeinen Kampfe gegen die Volkskrankheiten beteiligen müßten. Die Fürsorgestellen für Lungenkranke, die Trinkerfürsorgestellen, die Mutterberatungsstellen, die Säuglingsfürsorge und dgl. seien von den Krankenkassen zu fördern und zu unterstützen.

Berechnung der Beiträge und Prämien zur Unfallversicherung bei Beschäftigung von Kriegsgefangenen.

Wenn die Militärverwaltung Kriegsgefangene zu einer sonst unfallversicherungspflichtigen Beschäftigung überläßt, so ist nach § 3 des Gesetzes über Fürsorge für Kriegsgefangene (RGBl. S. 725, ArbVers. Heft 28 S. 654) „der für die Überlassung der Kriegsgefangenen zu entrichtende Entgelt bei der Berechnung der Beiträge oder Prämien, die der Unternehmer an den Träger der Unfallversicherung zu zahlen hat, entsprechend zu berücksichtigen". Der Zweck dieser Vorschrift, die in mehrfacher Hinsicht zu Zweifeln Anlaß gegeben hat, ist, dafür zu sorgen, daß die Unternehmer durch die Beschäftigung von Kriegsgefangenen, die ja als unfreie Arbeiter der Unfallversicherung nicht unterliegen und für die daher Beiträge nicht zu entrichten sein würden, keinen unbilligen Vorteil vor Unternehmern haben, welche freie und daher versicherungspflichtige Personen beschäftigen. Für landwirtschaftliche Arbeiter werden aber die Beiträge nicht, wie § 3 des Gesetzes voraussetzt, nach dem Entgelt, sondern nach anderen Maßstäben (§§ 990 ff., 1005 ff., 1010) berechnet. Deshalb ist die Vorschrift für Kriegsgefangene, die als gewöhnliche Arbeiter beschäftigt werden, nicht anwendbar; der Unternehmer braucht für sie keine besonderen Beiträge an die Berufsgenossenschaft zu entrichten und den für ihre Überlassung zu zahlenden Entgelt nicht nachzuweisen. Nur in dem seltenen Falle, wenn solche Gefangene als Betriebsbeamte oder Facharbeiter in der Land- oder Forstwirtschaft beschäftigt werden, ist der Entgelt nachzuweisen, weil er dann nach §§ 990, 1007, 1016 RVO. für die Bemessung der Beiträge von Bedeutung ist (Bescheid des RVA. 2969 Amtl. Nachr. 1917 S. 573). — Ein anderer Zweifel ergibt sich aus den Worten „der für Überlassung der Kriegsgefangenen zu entrichtende Entgelt". Diese Fassung legt die Annahme nahe, daß damit nur die Beträge gemeint seien, die der Unternehmer unmittelbar an die Militärverwaltung zu zahlen hat, nicht auch die Sach- und Geldleistungen an die Kriegsgefangenen selbst. Das würde aber mit dem erwähnten Zwecke der Vorschrift nicht vereinbar sein, wie Neisser („Berufsgenossenschaft" 1917 S. 180), unter Hinweis auf die Begründung des Entwurfs (Drucks. des Reichst. 1914/17 Nr. 914) näher darlegt. Es würden bei der am Wortlaut haftenden Auslegung auch unter den Unternehmern selbst, die Kriegsgefangene beschäftigen, ungerechtfertigte Unterschiede bestehen, je nachdem die Gefangenen die Beköstigung vom Unternehmer oder aus dem etwa nahe der Arbeitsstelle befindlichen Gefangenenlager erhalten. Auch die Leistungen an die Gefangenen selbst gehören also in allen Fällen, entsprechend dem § 160 RVO., zum Entgelt im Sinne des § 3 des erwähnten Gesetzes.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Gebühr des Arztes für Nachtbesuche.

1. Nach Altona. Antwort: Die Auffassung der Kasse ist die richtige. Aus Ziff. 2 mit Ziff. 10 der preuß. Geb.-Ordg. für Ärzte ergibt sich, daß die Mindestgebühr für einen Nachtbesuch, der nicht der erste Besuch in derselben Krankheit ist, 3 ℳ beträgt. Der Versuch der Ärzte, diesen Betrag zu verdoppeln, weil das, was für einen sofortigen Besuch am Tage nach Ziff. 11 der Geb.-Ordg. gilt, erst recht für einen Nachtbesuch gelten müsse, ist aussichtslos. Am Tage wird der Arzt regelmäßig mehr in Anspruch genommen als in der Nacht; hierin findet es seine Rechtfertigung, daß die Verdoppelung der Gebühr für Besuche, die „auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht werden", in Ziff. 11 ausdrücklich auf Besuche am Tage beschränkt ist. Für Nachtbesuche gilt nur Ziff. 10. Der Schluß, den die Ärzte aus Ziff. 11 herleiten, ist daher ganz willkürlich und unbegründet.

Bezahlung der Apothekerrechnung gegen Herausgabe der Rezepte an der Zahlstelle der Krankenkasse.

2. Nach Neuß. Antwort: Im Jahrg. 1909 S. 739 Ziff. 8 ist eine Auskunft in dem Sinne erteilt, daß die Kasse, wenn sie die Apothekerrechnung begleichen soll, Vorlegung der Rezepte zur Prüfung verlangen könne, daß diese Vorlegung aber in der Apotheke zu erfolgen habe. In letzterem Punkte ist die Auskunft bei erneuter Prüfung nicht aufrecht zu halten. Der Hinweis auf §§ 810, 811 BGB. träfe zu, wenn der Apotheker nur zur Vorlegung der Rezepte verpflichtet wäre (§§ 259, 666, 681 BGB.). Er ist aber darüber hinaus, entweder auf Grund des von der Kasse erhaltenen Auftrags oder auf Grund der Geschäftsführung ohne Auftrag, auch zur Herausgabe der ihm zur Anfertigung der Arzneien übergebenen Rezepte verpflichtet (§§ 667, 681 BGB.). Allerdings kann er sie zurückbehalten, bis ihm Zahlung geleistet wird, aber er kann die Zahlung nur Zug um Zug gegen Herausgabe der Rezepte fordern (§§ 274, 323 BGB.), und da Zahlungen aus öffentlichen Kassen, zu denen auch die Krankenkassen gehören, an der Kasse in Empfang zu nehmen sind (Art. 11 preuß. AusfGes. zum BGB.; Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts 30 S. 352, ArbVers. 1901 S. 369, 529), so ergibt sich von selbst, daß auch die Vorlegung und Herausgabe der Rezepte an der Kasse zu erfolgen hat. Dies entspricht doch auch der Natur der Sache und den Verkehrsanschauungen. Denn nicht die Apotheke, wohl aber die Zahlstelle der Krankenkasse ist der geeignete Ort für derartige Abrechnungen und Abwicklungen. Will also der Apotheker die Rezepte nicht zur Stelle bringen, um Zug um Zug die Zahlung zu empfangen, so bleibt ihm nichts übrig, als die Rezepte vorher einzusenden.

Übertragung von Befugnissen des Vorsitzenden auf den Geschäftsleiter.

3. Nach Lüdenscheid. Frage: Nach unserer Satzung vertritt der Vorsitzende die Kasse insbesondere in folgenden Fällen: 1. bei der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung, 2. bei der Anordnung von Krankenhauspflege erkrankter Mitglieder, 3. bei der Überweisung an andere Kassen usw. In den Fällen 1, 2 und 3 kann der Vorsitzende seine Vertretungsmacht auf den geschäftsleitenden Angestellten übertragen. — Ist diese letztere Bestimmung gesetzlich zulässig und kann der Vorsitzende, falls dieses zutrifft, seine Vertretungsmacht generell oder nur von Fall zu Fall auf den geschäftsleitenden Angestellten übertragen?

Antwort: Die Zulässigkeit satzungsmäßiger Regelung dieser Art ist unbedenklich zu bejahen, weil es sich hierbei um eine nicht die Vertretung der Kasse nach außen, sondern die innere Verwaltung betreffende Regelung handelt, zu der die Kasse nach § 323 RVO. befugt ist. Wir verweisen hierüber auf die Ausführungen von Hoffmann in ArbVers. 1917 Heft 30 S. 691 Sp. 2, wozu wir bemerken, daß sich dort leider einige störende Druckfehler finden, die in dem hier bezeichneten, bejahenden Sinne zu berichtigen sind, wie sich aus dem Zusammenhang ergibt. Die Bestimmung der Satzung ermächtigt aber nach ihrer allgemeinen Fassung den Vorsitzenden sowohl zu einer allgemeinen Übertragung als auch zu Übertragung von Fall zu Fall.

Tod infolge „derselben Krankheit" im Sinne des § 202 RVO.

4. Nach W. 100. Antwort: Stirbt ein als Mitglied Erkrankter binnen einem Jahre nach Ablauf der Krankenhilfe an derselben Krankheit, so wird das Sterbegeld gezahlt, wenn er bis zum Tode arbeitsunfähig gewesen ist (§ 202 RVO.) Hierbei ist unter „derselben" Krankheit die gleiche nicht gehobene Krankheitsursache zu verstehen (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1c zu § 202); aber es muß hier, wie in anderen Fällen, zum Nachweise des ursächlichen Zusammenhanges genügen, daß jene Krankheit, wegen deren die Krankenhilfe gewährt worden war, eine wesentlich mitwirkende, wenngleich nicht die alleinige Ursache des Todes war. Dies halten wir im vorliegenden Falle durch das Gutachten des Prof D. für überzeugend dargetan. Die Geisteskrankheit, die bis zum Tode der Versicherten fortgedauert hat, hatte sie widerstandsunfähig gemacht und bewirkt, daß sie dem Angriff der aufgenommenen Tuberkuloseerreger erlag. So ist die Versicherte im Grunde an ihrer Geisteskrankheit gestorben.

Anwendung des § 214 RVO. auf einen zurückgekehrten Kriegsteilnehmer.

5. Nach Neuß. Frage: Ein früheres langjähriges Mitglied unserer Kasse wurde bei Beginn

Digitized by Google

des Krieges einberufen und arbeitete, als es Urlaub hatte, vom 15. bis 19. Dezember 1916, war auch für diese Zeit versicherungspflichtiges Mitglied. Am 23. Dezember 1916 war der Urlaub beendet, und am 28. Dezember 1916 ist das Mitglied gefallen. Besteht Anspruch auf Sterbegeld, obgleich der Verstorbene nicht „dauernd" in die Heimat zurückgekehrt war?

Antwort: Ja! Denn nach § 2 Abs. 1 der Bek. vom 16. November 1916 (ArbVers. 1916 S. 801) ist bei Anwendung des § 214 Abs. 1 RVO. die Zeit der Kriegsdienstleistung auf die 12 Monate vor dem Ausscheiden aus der Versicherung nicht anzurechnen. Es kommen also in Betracht die 5 Tage der letzten Mitgliedschaft und 360 Tage, die der Einberufung des Versicherten unmittelbar vorangegangen sind. Diese 365 Tage zusammen bilden den Zeitraum, in welchem der mit Ablauf des 19. Dezember 1916 aus der Kasse Ausgeschiedene nach § 214 RVO. mindestens 26 Wochen usw. versichert gewesen sein muß. Da der Ausgeschiedene während dieser Zeit sogar dauernd versichert war, ist der Anspruch auf das Sterbegeld begründet. Daß § 2 Abs. 1 nur bei „dauernder" Rückkehr in die Heimat gelte, sagt weder der Text, noch die Begründung der Bekanntmachung.

Kosten der Überführung des Versicherten von einem Krankenhause in eine Irrenanstalt.

6. **„Rheinland."** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse mußte wegen mutmaßlicher Geistesstörung ins Krankenhaus gebracht werden. Schon nach zwei Tagen teilte uns die Krankenhausverwaltung mit, daß die Überführung in die Irrenanstalt erforderlich sei. Da nun von seiten der Anverwandten Mittel zur Überführung des Geisteskranken nach der Irrenanstalt nicht zur Verfügung gestellt werden konnten, haben wir den Transport und somit auch die Kosten übernommen. Können wir von der Ortspolizeibehörde Ersatz dieser Kosten verlangen, oder wer käme als ersatzpflichtig in Betracht?

Antwort: Die Kasse ist an sich zur Gewährung der Krankenpflege in einer Irrenanstalt ebensowenig wie in einem anderen Krankenhause verpflichtet. Gewährt sie sie aber, wie im vorliegenden Fall, so muß sie auch alle Kosten tragen, und zu diesen gehören auch alle Aufwendungen, durch die die Anstaltspflege erst ermöglicht wird, somit auch die Kosten der Beförderung in die Anstalt. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4c zu § 182.) Wegen Erfüllung ihrer Unterstützungspflicht kann aber die Kasse weder von der Ortspolizeibehörde, noch etwa von der Gemeinde als dem Armenverband Ersatz verlangen. Es fehlt an einer gesetzlichen Vorschrift, die einen solchen Anspruch begründete.

Wem steht das Sterbegeld beim Tode eines Angehörigen zu?

7. **Nach Geestemünde.** Antwort: Forderungsberechtigt hinsichtlich des Familiensterbegeldes ist immer nur der Versicherte selbst, nicht derjenige, der das Begräbnis besorgt; der § 203 RVO. ist im Falle des § 205 Ziff. 3 nicht anwendbar. Zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4e zu § 205, dem Stier-Somlo, Anm. 5, zustimmt.

Hausgeld (§ 186 RVO.) ist nur für die Tage zu zahlen, für die sonst Krankengeld zu zahlen sein würde.

8. **Nach Herten i. W.** Antwort: Nach § 186 RVO. ist ein Hausgeld „im Betrage des halben Krankengeldes", also im ganzen soviel zu zahlen, wie das Krankengeld betragen würde, das dem Versicherten im Falle der Arbeitsunfähigkeit außerhalb des Krankenhauses zustehen würde. Das ist die weitaus überwiegende Auffassung (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4 zu § 186; Hoffmann, Anm. 5; Siefart-Sitzler, Anm. 4; Stier-Somlo, Anm. 4; Petersen, Anm. 9; anders jetzt Hoffmann in MonSchr. 1916 Sp. 690). Die Absicht des Gesetzes ist doch wohl auch die, den Angehörigen wenigstens die Hälfte von dem zugute kommen zu lassen, was ihr Ernährer an barem Gelde zu fordern gehabt hätte, wenn er nicht von ihnen getrennt worden wäre. — Entscheidungen sind uns nicht bekannt.

Weiterversicherung eines in Polen auf militärischen Befehl bei Wegebauarbeiten Beschäftigten.

9. **Nach Dinslaken.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse wurde Anfang August 1914 einberufen und machte von dem Rechte der freiwilligen Weiterversicherung Gebrauch. Am 4. Oktober 1915 wurde das Mitglied vom Verkehrsoffizier vom Platz Warschau zur Zivilverwaltung im Generalgouvernement Warschau kommandiert und vom Bauamt in Kolno in Polen mit Wegebauarbeiten beschäftigt. Militärlöhnung erhielt es seit dieser Zeit nicht mehr, sondern vom Bauamt in Kolno eine sogenannte Zulage, einen Zuschuß und eine Familienteuerungszulage. Das Mitglied wurde vor seiner Einberufung hier mit Wegebauarbeiten von der Provinzialverwaltung beschäftigt. Fällt das Mitglied nach Inkrafttretung der Bundesratsverordnung betr. Krankenversicherung von Arbeitern im Auslande vom 14. Dezember 1916 (ArbVers. 1917 Heft 1 S. 9) unter die im § 7 Ziff. 2 der Verordnung bezeichneten „im Inlande versicherten Personen" oder muß es der nach § 2 Abs. 2 zuständigen Ortskrankenkasse angehören? Der Versicherte erkrankte am 7. März 1917 in Kolno und wurde dem Lazarett daselbst zugeführt. Hier mußte er nach den Bestimmungen des Verwaltungschefs beim Generalgouvernement Warschau sich auf eigene Kosten behandeln lassen und hatte für Behandlung und Verpflegung im Lazarett 3 ℳ pro Tag zu entrichten. Sind wir zur Erstattung dieser Kosten verpflichtet oder haben wir, wie jedem Kriegsversicherten im Falle der Erkrankung, nur Krankengeld zu gewähren?

Antwort: Nach § 1 des Gesetzes vom 4. August 1914 (ArbVers. 1914 S. 567) gilt der durch Einberufung zum Kriegs- oder ähnlichen Dienste verursachte Aufenthalt im Ausland dem regelmäßigen Aufenthalt im Inland im Sinne des § 313 RVO. gleich. Als „ähnlicher" Dienst im Sinne dieser Vorschrift ist auch die im besetzten Auslande auf militärischen Befehl stattfindende Beschäftigung bei Wegebauarbeiten anzusehen (vgl. z. B. ArbVers. 1916 S. 816 Ziff. 16). Die Weiterversicherung des Mitgliedes besteht also trotz seines Aufenthalts in Polen fort. Es ist „im Inland", nämlich bei Ihrer Kasse versichert. Deshalb gilt für diesen Versicherten die Verordnung vom 14. Dezember 1916 nicht, wie § 7 Abs. 2 ausdrücklich bestimmt. Ihre Kasse hat daher für ihn einzutreten, aber sie ist nicht verpflichtet, die Kosten der nicht von ihr angeordneten Krankenhauspflege zu tragen, sondern hat nur Krankengeld und die dem Versicherten nachweislich erwachsenen Behandlungskosten (Arzt und Arznei) zu bezahlen.

Künstliches Auge als Heil- oder Hilfsmittel.

10. **Nach Bünde.** Antwort: Ein künstliches

Digitized by Google

Auge wird je nach Umständen als Heil- oder Hilfsmittel anzusehen sein. Es ist als ein Heilmittel auf Grund des § 182 RVO. zu gewähren, wenn es dem Fortgange des noch nicht abgeschlossenen Heilverfahrens dienen soll, während es dann, wenn es nach abgeschlossenem Heilverfahren zur Herstellung oder Erhaltung der Arbeitsfähigkeit nötig ist, nur auf Grund einer dem § 187 Ziff. 3 entsprechenden Satzungsbestimmung gewährt zu werden braucht. Nur soweit hiernach die Kasse zur Gewährung des Heil- oder Hilfsmittels überhaupt verpflichtet ist, muß sie auch die Kosten des Ersatzes eines ohne Schuld des Versicherten unbrauchbar gewordenen Glasauges tragen. Näheres bei Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5c und d (Abs. 2) zu § 182.

Neuer Versicherungsfall?

11. Nach Gumbinnen. Frage: Ein an Tuberkulose der Lungen erkranktes Mitglied der Betriebskrankenkasse hat vom 23. 9. 1916 bis 31. 5 1917 Krankengeld erhalten (251 Tage) und ist dann wieder erwerbsfähig geworden. Am 8. 6. 1917 hat der Arzt noch aus Anlaß desselben Leidens dem Mitgliede eine Arznei verordnet. Die satzungsmäßige Dauer der Kassenleistungen wäre mit Ablauf des 23. 6. (39. Woche) beendet gewesen. Am 14. 6. ist das Mitglied wegen desselben Leidens erneut erwerbsunfähig geworden. Bildet diese neue Erkrankung einen neuen Versicherungsfall, oder welche Beschränkungen der Kassenleistungen sind daraus zu folgern?

Antwort: Wenn, wie es scheint, der Versicherte am 31. 5. 1917 nicht nur für arbeitsfähig erklärt, sondern auch aus der Fürsorge des Arztes entlassen worden war, so liegt in dem am 8. 6. 1917 eingetretenen oder doch durch die Verordnung des Arztes festgestellten Bedürfnis einer Arznei ein „neuer" Versicherungsfall, für den der Lauf der Leistungsdauer nach § 183 Abs. 1 Satz 1 RVO. erst mit dem erneuten Eintritt von Arbeitsunfähigkeit, also am 14. 6. 1917 begann. Diese Dauer beträgt auf Grund einer dem § 188 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmung nur insgesamt 13 Wochen. War aber der Versicherte am 31. 5. 1917 nicht zugleich aus der Fürsorge des Arztes entlassen, sondern angewiesen worden, sich nach einer mäßigen Frist zur weiteren Untersuchung und nötigenfalls zum Empfange weiterer Verhaltungsmaßregeln oder Verordnungen einzustellen, und beruhte hierauf die Verordnung vom 8. 6. 1917, so ist die Sache so aufzufassen, daß der Versicherte auch in der Zwischenzeit und weiterhin ärztlicher Fürsorge bedurft hat, und es liegt dann ein einheitlicher, fortdauernder Versicherungsfall vor, für den die satzungsmäßige Leistungsdauer von 39 Wochen am 23. 9. 1916 begonnen hat und am 23. 6. 1917 abgelaufen ist (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 2e zu § 183 RVO. und unsere Auskünfte in ArbVers. 1916 S. 550 Ziff. 1, S. 862 Ziff. 8, S. 864 Ziff. 14, sowie anderseits S. 408 Ziff. 5). Dann wäre jede weitere Leistung mit Ablauf des 23. 6. 1917 einzustellen.

Kommandierte Soldaten sind nicht krankenversicherungsberechtigt.

12. Nach M.-R. Antwort: Soldaten, die zu einer sonst der Krankenversicherung unterliegenden Tätigkeit kommandiert werden, sind nicht versicherungspflichtig (§ 172 Ziff. 2 RVO.), aber auch nicht versicherungsberechtigt. Denn auch die Versicherungsberechtigung setzt ein auf Grund freier Entschließung eingegangenes Arbeitsverhältnis voraus. Der kommandierte Soldat übt aber die ihm übertragene Beschäftigung auf Grund eines an ihn ergangenen Dienstbefehls aus, dessen Nichtbefolgung eine strafbare Dienstverweigerung bildet. Das Gesagte gilt auch dann, wenn der Unternehmer, für dessen Betrieb der Soldat kommandiert ist, diesem denselben Lohn zahlt, den ein freier Arbeiter erhalten würde.

Gebühr bei wiederholten ärztlichen Verrichtungen; Begriff der „Operation"; besondere Gebühr für Nachbehandlung.

13. Nach Illingen. Antwort: a) Ihre Annahme, daß „unblutige Erweiterung des Muttermundes und Mutterhalses" im Sinne der Ziff. 157 der preuß. GebOrdg. für Ärzte der Regel nach ein wiederholtes Eingreifen des Arztes nicht erfordern wird, ist unrichtig. Es handelt sich dabei um eine wesentlich mechanische Einwirkung, deren Erfolg der Regel nach vom Arzte kontrolliert und durch Erneuerung der Einlagen oder sonstige Maßnahmen gesichert wird. Auch im übrigen halten wir die Auffassung des Arztes für richtig. Das Prinzip, daß für Verrichtungen, die längere Zeit hindurch bei derselben Krankheit wiederholt ausgeführt werden, vom vierten Male ab eine geringere Gebühr gewährt wird, ist nirgends in der GebOrdg. als ein allgemein gültiges aufgestellt, sondern nur in ganz bestimmten Fällen (Ziff. 42, 104, 124) zur Geltung gebracht. Eine ausdehnende Auslegung in anderen Fällen erscheint danach ausgeschlossen.

b) Auch im zweiten Falle teilen wir die Auffassung des Arztes. Unter einer Operation im Sinne der Gebührensätze hat man immer eine einheitliche, in sich abgeschlossene, im wesentlichen ununterbrochene wundärztliche Verrichtung zu verstehen. Wird im Laufe einer solchen Gesamtverrichtung eine der in Ziff. 44 ff. bezeichneten Einzelverrichtungen erforderlich, so ist sie durch die für die Gesamtverrichtung vorgesehene höhere Gebühr mit abgegolten. In diesem Sinne ist es zu verstehen, daß der Satz der Ziff. 46 nur dann gilt, wenn der scharfe Löffel zu einem selbständigen operativen Eingriff angewendet wird, daß dagegen, wenn dies „im Verlaufe einer Operation" geschieht, eine besondere Gebühr dafür neben der Operationsgebühr nicht berechnet werden darf (Joachim-Korn, Anm. 3 zu Ziff. 46). Wird also die Anwendung des scharfen Löffels erst nach Abschluß der Operation bei der Nachbehandlung, insbesondere beim Wechsel des Verbandes, erforderlich, so ist ein selbständiger Anspruch aus Ziff. 46 begründet.

Gewährung kostspieliger Kuren im Rahmen der Krankenhauspflege.

14. Nach W. Antwort: Ihre Auffassung ist verfehlt. Allerdings umfaßt nach § 184 RVO. die Krankenhauspflege „Kur und Verpflegung", also auch die Gewährung aller notwendigen Heilmittel ohne die nach § 182 Ziff. 1 geltende Beschränkung auf kleinere Heilmittel. Aber dies bezieht sich nur auf das Verhältnis der Kasse zum Versicherten, d. h. es ist Sache der Kasse, auch für kostspieligere Heilmittel, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung notwendig werden, aufzukommen. Daraus kann aber nichts für das Verhältnis der Kasse zur Krankenhausverwaltung hergeleitet werden. Dieses bestimmt sich lediglich nach den getroffenen Vereinbarungen oder, beim Mangel solcher, nach den Aufnahmebedingungen, denen sich die Kasse unterwirft,

Digitized by Google

indem sie den Versicherten ins Krankenhaus einweist. Müssen nach diesen Bedingungen gewisse größere Leistungen an ärztlicher Behandlung (Operationen) oder kostspielige Heilmittel (Tuberkulinkuren) neben dem Pflegesatz besonders bezahlt werden, so muß auch die Krankenkasse dies gelten lassen. Wird ihr dies zu kostspielig, so bleibt ihr nur überlassen, von der Krankenhauspflege abzusehen.

Kosten des Unterhalts eines Brustkindes, das mit der Mutter im Krankenhause verpflegt wird; Stillgeld?

15. **Nach Ueckermünde.** Antwort: Die der versicherten Wöchnerin gewährte Krankenhauspflege schließt einen gleichzeitigen Anspruch auf Kriegswochengeld aus (ArbVers. 1916 S. 448, 754). Unter „Kur und Verpflegung in einem Krankenhause" im Sinne des § 184 RVO. sind selbstverständlich an sich nur Leistungen zu verstehen, deren der Kranke für sich selbst bedarf. Wenn aber die Kasse eine erkrankte Versicherte, die kürzlich niedergekommen ist, in das Krankenhaus einweist und dabei weiß oder doch den Umständen nach annehmen muß, daß das Kind nicht von der Mutter getrennt werden kann, so ist davon auszugehen, daß die Kasse der Krankenhausverwaltung gegenüber auch für die Kosten des Unterhalts für das Kind aufzukommen verpflichtet ist. Die Versicherte aber empfängt durch diese notgedrungene Mehrleistung etwas, worauf sie der Kasse gegenüber keinen Anspruch hat, und es entspricht der Billigkeit, daß durch die höheren Kosten dieser Leistung mindestens das geringere Stillgeld als abgegolten anzusehen ist, das doch nicht zu einer grundlosen Bereicherung führen, sondern nur der sachgemäßen Ernährung der stillenden Wöchnerin und somit auch des Kindes dienen soll. Ein Bescheid des Reichsamts des Innern v. 22. 12. 14 (BetrKrK. 1915 S. 4) weist allerdings darauf hin, daß die Ersetzung des baren Stillgeldes durch eine Sachleistung nur mit Zustimmung der Wöchnerin zulässig ist. Allein diese Zustimmung wird man unterstellen dürfen, wenn die Wöchnerin die volle Fürsorge für sich selbst und für das Kind im Krankenhause vorbehaltlos entgegennimmt.

Kosten der vom Versicherungsamt für mehrere Kassen errichteten gemeinsamen Melde- und Zahlstellen.

16. **Nach W.** Antwort: Wenn das Versicherungsamt auf Grund der §§ 319, 404 RVO. gemeinsame Melde- und Zahlstellen errichtet oder deren Geschäfte den Ortsbehörden übertragen hat, so sind die Kosten nach der gesetzlichen Vorschrift in § 319 Abs. 2 umzulegen, und zwar durch das Versicherungsamt (zu vgl. Hahn, Anm. 2 zu § 319; Entsch. des RVA. 2379 Amtl. Nachr. 1917 S. 554). Demgegenüber ist die Bestimmung der Satzung, wonach den Gemeinde- und Gutsvorstehern für die Einziehung der Beiträge eine nach den abgelieferten Beiträgen bemessene bestimmte Hebegebühr gewährt wird, ungültig. Überhaupt kann die Satzung nur die Rechtsverhältnisse zwischen der Kasse und ihren Mitgliedern sowie den Arbeitgebern im Rahmen des Gesetzes regeln, nicht aber über die Ansprüche anderer aus Leistungen für die Kasse in verbindlicher Weise Bestimmung treffen.

Anspruch auf Krankengeld bei einem Heilverfahren der Reichsversicherungsanstalt.

17. **Nach Neumarkt-Schles.** Antwort: Das kranke Mitglied behält seine Ansprüche an die Kasse auch dann, wenn ein Heilverfahren von der Reichsversicherungsanstalt eingeleitet ist. Daher steht ihm im Falle der Arbeitsunfähigkeit das volle Krankengeld zu, nicht aber ein Hausgeld, welches nur in Frage kommt, wenn die Krankenkasse selbst Anstaltspflege gewährt. Die Leistungen der Angestelltenversicherung werden auf diejenigen der Krankenversicherung nicht angerechnet. Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld ist freilich, daß Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung durch Krankheit verursacht ist. Das braucht aber keineswegs stets der Fall zu sein, wenn die Reichsversicherungsanstalt den Versicherten zur Erholung in ein Bad schickt. Die Arbeitsunfähigkeit ist also besonders festzustellen. (Vgl. z. B. ArbVers. 1915 S. 407 Ziff. 2, 1914 S. 800 Ziff. 9, 1916 S. 240 Ziff. 13.)

Pfändung des der Witwe eines verstorbenen Kassenmitgliedes zukommenden Sterbegeldes.

18. **Nach Altenessen.** Antwort: Wer das Begräbnis des verstorbenen Mitgliedes besorgt hat, hat einen Anspruch auf das Sterbegeld in Höhe der Auslagen oder eingegangenen Verpflichtungen für standesgemäße Bestattungen unter Berücksichtigung der Ortssitte (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1 Abs. 2 zu § 203). Der Anspruch entsteht mit der Besorgung, nicht erst mit seiner Geltendmachung. Daher ist für die Wirksamkeit seiner Pfändung ohne Bedeutung, daß der Berechtigte — in dem geschilderten Falle die Witwe — das Sterbegeld von der Kasse für sich noch nicht verlangt hat. An sich kann der Berechtigte darauf auch wirksam verzichten, aber nur solange, wie er darüber noch verfügen kann. Das kann er aber nicht mehr, sobald der Anspruch wirksam gepfändet ist. Das Sterbegeld kann nur wegen der in § 119 Ziff. 1—4 RVO. genannnten Forderungen gepfändet werden, und auch nur insoweit, als derjenige, dem das Sterbegeld zusteht, selbst Schuldner ist. Da sich der Pfändungs- und Überweisungsbeschluß gegen die Witwe richtet, so ist diese offenbar auch Schuldnerin. Indessen es muß sich um solche Forderungen handeln, die von vornherein in der Person dessen, dem das Sterbegeld zusteht, entstanden sind, nicht um solche, die erst von einem andern auf ihn — z. B. durch Erbschaft — übergegangen sind. Danach wäre die Pfändung stets unwirksam, wenn — wie es den Anschein hat — sie wegen einer Schuld des Mannes erfolgt sein sollte, die auf die Frau übergegangen ist, weil sie diesen beerbt hat. Ist nun nach dem Gesagten die Pfändung unwirksam, so kann die Witwe dies beim Vollstreckungsgericht im Wege der Erinnerung geltend machen; aber auch wenn sie dies unterläßt, muß die Krankenkasse die Auszahlung des Sterbegeldes an den Pfändungsgläubiger unter Berufung auf die Nichtigkeit verweigern. Dieser könnte dann, falls er die Wirksamkeit der Pfändung behauptet, gegen die Kasse Klage erheben. Die Kasse kann aber auch — und das ist für sie einfacher — das Sterbegeld hinterlegen und der Witwe und ihrem Gläubiger es überlassen, unter sich den Streit auszutragen, wem der Betrag zukommt.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1894 von L. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. V. Honigmann und 1906 von Dr. L. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Kaskel; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Wehmann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1193 der ganzen Folge.

34. Jahrgang | 11. Dezember 1917 | Heft 35

Fragen der Salvarsanbehandlung.

Von Oberregierungsrat Kobler in München.

Bei der Behandlung der Geschlechtskranken spielt jetzt das Salvarsan die Hauptrolle. Die intensive Einwirkung des Arsenik auf die Syphiliserreger war ja schon lange bekannt. Aber erst jene Arsenikverbindung, die als Salvarsan bezeichnet wird, hat sich mit großem Erfolge neben das Quecksilber gestellt. Das gilt besonders für die neueren Formen des Heilmittels. Das alte Salvarsan konnte nur in starker Verdünnung angewendet werden. Dabei mußten große Mengen von Wasser mit in die Venen eingespritzt werden; das Verfahren war sehr umständlich und unbequem. Jetzt werden fast nur mehr neutrale Verbindungen von Arsenik mit Salzen, Neusalvarsan, Salvarsannatrium, angewendet; sie enthalten das Heilmittel in konzentrierter Form. Dauernde Erfolge erzielt meist nicht das Salvarsan allein; eine kombinierte Behandlung mit Quecksilberinjektionen gilt als besonders erfolgreich. Auch bei der Quecksilberbehandlung ist die Einreibekur, die Schmierkur, meist aufgegeben worden; sie ist zu umständlich und zeitraubend. Eine Einreibung erfordert fünfzehn Minuten Zeit; die Zeit, in der eine Einspritzung angewendet werden kann, berechnet sich nur nach Sekunden. Gerade deshalb ist erst durch das Injektionsverfahren eine Massenbehandlung möglich geworden. Der Kampf gegen eine Volkskrankheit läßt sich nur auf dieser Grundlage aufnehmen. Die Salvarsanbehandlung kann im Ambulatorium durchgeführt werden; doch müssen die Kuren genügend lange Zeit dauern. Oft sind Jahre erforderlich, und in der Mehrzahl der Fälle müssen die Kranken nach Umfluß einer gewissen Zeit die Behandlung wiederholen.

Auf dieser Grundlage sehen die Ärzte im allgemeinen das Salvarsan als ein hervorragendes Heilmittel an; einige Ärzte aber bekämpfen diese Behandlung. Wie „Die Betriebskrankenkasse" in ihrer Nummer 7 vom 10. April 1917 mitteilt, sind in letzter Zeit die Salvarsangegner besonders hervorgetreten. Auch in der Praxis der Krankenkassen sind Schwierigkeiten aufgetaucht; Kranke lehnen es ab, sich mit Salvarsan behandeln zu lassen.

Sind nun die Versicherten berechtigt zu einer solchen Weigerung? Können die Kassen einen Zwang gegen den Versicherten ausüben?

Im allgemeinen ist der Krankenversicherung ein Zwang gegen die Versicherten nicht unbekannt. Nach § 184 RVO. kann z. B. Krankenhauspflege auch gegen den Willen des Kranken gewährt werden und auch sonst haben die Versicherten die Verpflichtung sich allen erforderlichen Maßnahmen zu unterwerfen und zur möglichst erfolgreichen Heilbehandlung mitzuwirken. Sie müssen Arzneien einnehmen, sich Verbände anlegen lassen, Hilfsapparate tragen und ein gewisses Maß von Schmerzen er-

Digitized by Google

dulden. Gegen die Anwendung eines gewissen Zwanges bestehen also keine grundsätzlichen Bedenken. Jedenfalls darf man auf die Salvarsanbehandlung nicht die Grundsätze anwenden, die das Reichsversicherungsamt bisher über die Pflicht zur Duldung einer Operation aufgestellt hat. Bei der Injektion handelt es sich zwar um einen Eingriff, der mit der Durchtrennung blutHaltiger Gewebe verbunden ist, und solche Eingriffe nennt man gemeinhin Operationen im Gegensatz zu den Eingriffen, die Wege benützen, die im Körper schon vorhanden sind, also z. B. zur Anwendung des Katheters oder der Sonde. Aber schon der gewöhnliche Sprachgebrauch sieht die Injektionen nicht als Operationen an und die Grundsätze, welche das Reichsversicherungsamt über die Pflicht zur Duldung einer Operation aufgestellt hat, sind bisher überhaupt nicht auf die Krankenversicherung übernommen worden. Die Entscheidung des Oberversicherungsamts Hamburg vom 22. Oktober 1915 (ArbVers. 1915 S. 826) scheint vereinzelt geblieben zu sein. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung hat sich eine derartige Rechtsübung noch nicht bilden können. Solche Streitigkeiten sind hier nicht häufig; die Krankenkassen selbst haben nicht das gleiche Interesse daran, die Erwerbsfähigkeit ihrer Mitglieder durch Operationen zu heben, wie die Träger der Rentenversicherung. Wenn hier Streitigkeiten zwischen den Kassen und den Versicherten über die Vornahme einer Operation entstehen, so liegt die Sache meist so, daß der Versicherte die Operation wünscht, die Kasse aber die Übernahme der Kosten ablehnt.

Es wird aber gut sein für das Gebiet der Krankenversicherung von Anfang an auf jede Unterscheidung zwischen Operationen und sonstigen Maßnahmen des Heilverfahrens zu verzichten. Und wenn es gilt einen gemeinsamen Maßstab zu finden, der sich auf alle Maßnahmen des Heilverfahrens in gleicher Weise anwenden läßt, kann nur das Verhalten eines verständigen Menschen maßgebend sein. Es ist also die Frage: Wie verhält sich ein verständiger Kranker gegenüber der Anordnung einer Salvarsanbehandlung?

Das Salvarsan wird in eine Vene eingespritzt. In der Regel ist eine größere Anzahl von Injektionen in Zwischenräumen von Tagen bis Wochen oder Monaten nötig. Die Einspritzung stellt einen unbedeutenden Eingriff dar, der nur die Haut verletzt; Schmerzen werden nur ausnahmsweise ausgelöst. Die Einspritzung kann Hautausschläge hervorrufen, wie dies auch bei Koffein-Einspritzungen vorkommt. Das ist aber eine unbedeutende Sache; so etwas darf keinen verständigen Menschen veranlassen, eine Behandlung zurückzuweisen, die der Arzt als notwendig erachtet.

Gegen das Salvarsan selbst wird eingewendet, daß es schädlich wirke und sogar Todesfälle herbeiführe. Allerdings sind bei der Anwendung des Salvarsans, wie der angeführte Artikel der „Betriebskrankenkasse" ausführt, unter Umständen gewisse Gefahren vorhanden. Diese sind aber sehr gering; es wird mit Recht darauf hingewiesen, daß das Mittel täglich tausendfach angewendet wird, und zwar mit größtem Erfolge. Dagegen sind die Zahlen der Todesfälle verschwindend klein. Die „Betriebskrankenkasse" veröffentlicht a. a. O. eine Berliner Statistik aus der Norddeutschen Allgemeinen Zeitung; die Zahl der Todesfälle, welche die Ärzte von 494 Krankenanstalten in den Jahren 1908—14 mit mehr oder weniger Sicherheit auf die Salvarsanbehandlung zurückführten, wird auf 0,016 v. H. berechnet. Professor W. Wechselmann glaubt übrigens, daß trotz der ungeheueren Ausbreitung der Behandlung in den letzten Jahren die Zahl der unglücklichen Ausgänge absolut und relativ stark abnimmt (Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 11 vom 13. März 1917 S. 345). Das hängt wohl damit zusammen, daß man im Laufe der Zeit immer klarer über die Umstände wird, in denen sich eine Salvarsanbehandlung verbietet. Aber natürlich wird es auch in der Zukunft beim Salvarsan ebenso wie

Digitized by Google

bei anderen Heilmitteln niemals ohne gewisse Schädigungen abgehen können. Andere Gesundheitsstörungen, Schlaflosigkeit, Empfindlichkeit gegen Geräusche, eigenartige Geruchs- und Geschmacksempfindungen werden als geringfügige Nebenerscheinungen bezeichnet (Professor Max Joseph in den Jahreskursen für ärztliche Fortbildung, Aprilheft 1917, F. Lehmanns Verlag, München, S. 52). Zur Zeit sind übrigens in Preußen Erhebungen im Gange, die ein genaues ziffermäßiges Bild über die beobachteten Schädigungen liefern werden. (Feldärztliche Beilage zur Münchener Medizinischen Wochenschrift Nr. 42 vom 15. Oktober 1917 S. 1383.) Jedenfalls aber liegt jetzt schon nach dem allgemeinen Urteile der ärztlichen Kreise die Sache so, daß kein Verständiger die Salvarsanbehandlung ablehnen wird, wenn sie ihm der Arzt empfiehlt. Niemand wird sich weigern, mit der Eisenbahn zu fahren oder ein anderes Verkehrsmittel zu benützen, weil Unfälle vorkommen.

Freilich können nicht alle Fälle für eine Salvarsanbehandlung in Betracht kommen. Kranke, die körperlich ganz heruntergekommen sind, eignen sich nicht für Einspritzungen. Solche Kranke werden am besten zunächst einer Einreibekur unterworfen. Kranke, die an Gefäßschädigungen infolge von Alkoholmißbrauch, an Krankheiten des Gehirns oder Rückenmarks usw. leiden, Schwangere, scheiden wohl von vornherein aus (vgl. Joseph und Wechselmann a. a. O.; bezüglich der Schwangeren auch noch von Zumbusch in der Münchener Medizinischen Wochenschrift Nr. 14 vom 3. April 1917 S. 448). Es gibt aber anderseits bösartige Formen, die durch Quecksilber allein nicht geheilt werden können, auf Salvarsan jedoch glänzend reagieren. Immer ist das Gutachten eines Facharztes entscheidend. Auch die Dosierung des Heilmittels muß dem gewissenhaften Urteile des tüchtigen Arztes überlassen werden. Behandlung mit zu kleinen Dosen kann ebenfalls gefährlich sein; kleine Dosen töten die Syphiliserreger nicht, sondern machen sie immun gegen Salvarsan.

Regelmäßig wird also kein Versicherter, dem die Krankenkasse auf Grund ärztlicher Prüfung der Verhältnisse die Behandlung mit Salvarsan gewährt, diese Behandlung ablehnen dürfen. Regelmäßig wird auch kein Versicherter die Krankenhauspflege deshalb ablehnen dürfen, weil er annimmt, im Krankenhause mit Salvarsan behandelt zu werden. Im allgemeinen erfordert ja die Salvarsanbehandlung keine Krankenhauspflege. Allein diese kann aus anderen Gründen notwendig oder als nützlich erscheinen. Hier wird insbesondere die Gefahr der Ansteckung oder die Notwendigkeit einer geeigneten Pflege zur Hebung des Allgemeinbefindens und der Widerstandsfähigkeit des Kranken in Betracht kommen. Soweit ich die Sache überschauen kann, wird übrigens in keinem Krankenhause eine Salvarsanbehandlung gegen den Willen des Kranken eingeleitet; vielleicht bilden die Fälle eine Ausnahme, in denen es sich um Kranke handelt, die von der Polizeibehörde zur Heilung eingewiesen worden sind.

Im Heilverfahren der Versicherungsanstalten spielt der Zwang eine geringere Rolle als in der Krankenversicherung. Doch kann auch hier ein solcher ausgeübt werden. Nach § 1272 RVO. kann die Rente auf Zeit versagt werden, wenn sich ein Erkrankter ohne triftigen Grund dem Heilverfahren entzieht. Auch hier müssen die Gründe, die zur Ablehnung des Heilverfahrens berechtigen, von der Art sein, daß sie einem verständigen Manne vom Bildungsgrad des Rentenempfängers triftig erscheinen können (vgl. Weymann, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, S. 320). Die Versicherungsanstalten werden das Heilverfahren ohnedies nur einleiten, wenn nach sachverständigem Ermessen und den vorhandenen Krankheitsmerkmalen wohlbegründete Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht. Nur in Ausnahmefällen, die ganz besonders gelagert sind, wird deshalb ein

Digitized by Google

Versicherter die ihm angebotene Salvarsanbehandlung ablehnen dürfen.

In der Unfallversicherung wird die Salvarsanbehandlung nicht gerade häufig sein. Die syphilitische Ansteckung, die sich Glasbläser usw. unter besonderen Verhältnissen zuziehen (vgl. Thiem, Handbuch der Unfallerkrankungen, 2. Aufl., Stuttgart bei Enke, 1909, I S. 395) gilt zwar als Unfall; sie scheint aber nach meinen Erfahrungen zum mindesten sehr selten zu sein. Verletzungen können einen schlimmen Einfluß auf syphilitische Veränderungen haben, wie ja auch Knochenbrüche bei Syphilitikern leichter vorkommen (vgl. Thiem, a. a. O. S. 396 und 397). Je nach der Lage des Falls können also die Träger der Unfallversicherung gleichfalls veranlaßt sein, eine Salvarsanbehandlung einzuleiten. Auch hier muß der Verletzte sich regelmäßig dieser Behandlung unterziehen.

Alle Versicherungsträger haben die Pflicht für eine möglichst umfassende Wiederherstellung der geschädigten Arbeitskraft zu sorgen. Wenn der Zwingende selbst seinerseits im Banne einer Pflicht handelt, verliert der Zwang gegen den Versicherten viel von dem, was ihm sonst an Widerwärtigkeit anhaftet. Auch ein weitgehender Zwang wird dann oft zur Wohltat. Die Bedeutung jeden Zwanges liegt überhaupt nicht so sehr in seiner unmittelbaren Anwendung als in dem heilsamen Einflusse, den das Recht zum Zwange auf die freie Willensentschließung schon dadurch ausübt, daß es im Hintergrunde steht. Diese psychologische Bedeutung des Zwanges ist vielleicht wertvoller als seine unmittelbare Anwendung. Unsere Erfahrungen bei der Behandlung der Kriegsbeschädigten lehren uns, daß eine erhebliche Einschränkung der freien Verfügung über Körper und Gesundheit sich nicht umgehen läßt. Auch der Kampf gegen die Volkskrankheiten kann eine solche Einschränkung nicht ganz entbehren.

Zur Krankenhauspflege der Krankenkassen.

Es hat lange gedauert, und mehrere grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts erfordert, ehe über die Frage Klarheit erzielt worden ist, ob durch die Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Gewährung der Krankenhauspflege durch Krankenkassen Änderungen eingeführt worden sind. Nach den §§ 7, 20 KVG. war die Rechtslage so, daß die Krankenkassen die freie Wahl hatten, ob sie im Einzelfall Kur und Verpflegung im Krankenhause gewähren wollten oder nicht. Sie wurden selbst in dringenden Fällen als berechtigt angesehen, die Krankenhauspflege abzulehnen und ihre Gewährung der Armenpflege zu überlassen. Nur der bayerische Verwaltungsgerichtshof vertrat den Standpunkt, daß die Verpflichtung zur Gewährung ärztlicher Behandlung auch die Verpflichtung zur Gewährung der Krankenhauspflege in sich schließe, so daß in dringenden Fällen von den Krankenkassen Krankenhauspflege gewährt werden müsse.

Bei Beratung der Reichsversicherungsordnung wurde auf die Nachteile hingewiesen, die bei dieser Rechtslage für die Versicherten entstehen könnten und die mit dem Zweck der Krankenversicherung, nach Möglichkeit die Armenpflege auszuschalten, geradezu in Widerspruch ständen. Letzten Endes könne der Versicherte trotz seiner Versicherungsbeiträge die benötigte Krankenpflege nur dadurch erlangen, daß er sich an die Armenverwaltung wende. Überdies trete eine erhebliche Belastung der Armenpflege ein, da durch den gesetzlich zugelassenen Ersatzanspruch schließlich nur ein Bruchteil der von dem Armenverband für die Krankenhauspflege aufgewendeten Kosten wieder eingebracht werden könne. Trotzdem wurde der Antrag, die Krankenkassen zur Ge-

Digitized by Google

währung der Krankenhauspflege in den Fällen, in denen der behandelnde Arzt sie für notwendig halte, zu verpflichten, abgelehnt, weil im Hinblick auf den Mangel an Krankenhäusern und an Betten in Krankenhäusern die Durchführung der obligatorischen Krankenhauspflege als nicht möglich bezeichnet werden mußte. Um aber das Mißfallen mit dem bisherigen Verhalten der Krankenkassen zum Ausdruck zu bringen, und diesen das Gewissen zu schärfen, wurde in den § 184 RVO. als Abs. 4 die Vorschrift aufgenommen, daß die Krankenkassen in bestimmten Fällen „möglichst Krankenhauspflege gewähren" sollen.

Über die Bedeutung dieser Neuerung ist alsbald nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung heftiger Streit ausgebrochen. Der Auffassung, daß dadurch den Krankenkassen die Verpflichtung zur Gewährung der Krankenhauspflege in den bezeichneten Fällen auferlegt worden sei, konnte unter Hinweis auf die Entstehungsgeschichte mit Erfolg entgegengetreten werden. Das Reichsversicherungsamt hat denn auch in der Entscheidung vom 16. November 1914 (Amtl. Nachr. S. 818) angenommen, daß die Krankenkassen im Spruchverfahren zur Gewährung der Krankenhauspflege nicht verurteilt werden könnten, weil eine solche Verurteilung nur bei Leistungen zulässig sei, auf die der Versicherte einen Rechtsanspruch habe. Ein solcher Rechtsanspruch könne aber nicht in Frage kommen, weil der Antrag, den Versicherten diesen Anspruch einzuräumen, vom Reichstag abgelehnt worden sei. In einer weiteren Entscheidung vom 12. Oktober 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 478) hat es den Versicherten den Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege selbst in dringenden Fällen abgesprochen. Die Kassen könnten zwar die Einweisung in ein Krankenhaus nachträglich genehmigen, es sei aber immer ihre Zustimmung erforderlich.

Gegen diese Rechtsprechung wurde der Einwand geltend gemacht, daß sich aus § 1661 Nr. 2 RVO. das Gegenteil ergebe und daraus die Zulässigkeit des Spruchverfahrens bei Krankenhauspflege zu folgern sei. Denn nach dieser Vorschrift könne der Vorsitzende allein entscheiden, wenn es sich um die Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenpflege handele. Das RVA. hat diese Folgerung in der Entscheidung vom 13. November 1916 (2320 Amtl. Nachr. 1917 S. 388, ArbVers. 1917 S. 467) für unzutreffend erklärt, weil sich die fragliche Vorschrift nach der Entstehungsgeschichte in erster Linie auf Fälle beziehe, in denen es streitig sei, ob eine der Voraussetzungen vorliege, unter denen die Krankenkassen die Krankenhauspflege ohne Zustimmung des Versicherten gewähren könnten. Weiter ist dem Absatz 4 die Bedeutung beigelegt, daß die Aufsichtsbehörde im Einzelfalle die Krankenkassen zur Bewilligung der Krankenhauspflege anhalten könne, zumal der Antragsteller die Vorschrift mit der Erwägung begründet habe, daß Gelegenheit geboten werden müsse, die Entscheidung des Kassenvorstandes wegen Gewährung der Krankenhauspflege im Beschwerdewege abzuändern; vgl. Kom. Ber. z. RVO. II. Teil S. 64 ff. Auch diese Auslegung hat das RVA. in einer Entsch. v. 17. Juli 1916 (2260 Amtl. Nachr. S. 647, ArbVers. 1916 S. 753) als abwegig bezeichnet, da über die Gewährung der Versicherungsleistungen, zu denen die Durchführung eines Heilverfahrens im Krankenhause gehöre, nach den erschöpfenden Vorschriften im sechsten Buch der RVO. nur im Spruchverfahren entschieden werden könne. Die Aufsichtsbehörde könne die tatsächliche Gewährung einer Versicherungsleistung nur erzwingen, wenn die Verpflichtung zu ihrer Leistung rechtskräftig feststehe. Da aber das Spruchverfahren bei Gewährung der Krankenhauspflege nicht zugelassen sei, so bestehe für die Aufsichtsbehörde keine Möglichkeit, die Gewährung der Krankenhauspflege von den Krankenkassen zu erzwingen.

Das freie Ermessen der Krankenkassen ist jedoch insofern beschränkt, als sie die einmal eingeleitete Krankenhauspflege nicht

Digitized by Google

jederzeit abbrechen können, sondern nur dann, wenn die Fortsetzung der Krankenhauspflege nicht mehr notwendig und insbesondere ihre Überleitung in die Form der einfachen Krankenhilfe ohne ungünstige Einwirkung auf den Gesundheitszustand des Kranken möglich ist; vgl. RVA. Entsch. vom 17. April 1917 (2353 Amtl. Nachr. S. 504).*)

Nach alledem bleibt nichts anderes übrig, als festzustellen, daß gegenüber dem Krankenversicherungsgesetz eine Änderung des Rechtszustandes nicht eingetreten ist und daß noch immer die Grundsätze maßgebend sind, die durch die Rechtsprechung des Pr.-Oberverwaltungsgerichts seinerzeit aufgestellt worden sind. Daß dieses Ergebnis der Absicht des Gesetzgebers entspricht, ist auch aus den Vorgängen bei Einfügung der Worte: „und wo die Kasse Krankenhauspflege zu gewähren hat" in den § 371 RVO. zu entnehmen; denn die Worte sind eingefügt, um klarzustellen, daß die Krankenhausbehandlung im allgemeinen, d. h. wo nicht erweiterte Krankenhauspflege eingeführt worden ist, ohnehin nach freiem Ermessen der Kasse gewährt wird; vgl. Komm. Ber. z. RVO. II. Teil S. 339.

Wenn Landkrankenkassen die erweiterte Krankenpflege eingeführt haben, so wird grundsätzlich an Stelle der einfachen Krankenhilfe Krankenhauspflege gewährt. In diesen Fällen hat das Kassenmitglied zweifellos einen Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege. Aber auch ohne Einführung der erweiterten Krankenpflege besteht eine rechtliche Verpflichtung aller Krankenkassen zur Gewährung der Krankenhauspflege an Dienstboten, wenn die Unterbringung im Krankenhaus vom Dienstboten oder von der Dienstherrschaft verlangt wird, weil die Krankheit ansteckend ist, oder weil die Verpflegung nach Art der Krankheit in der häuslichen Gemeinschaft überhaupt nicht oder nicht ohne erhebliche Belästigung für die Dienstherrschaft gewährt werden kann. Die Frage, ob Krankenkassen im Wege der Satzungsbestimmung ihren Mitgliedern einen Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege einräumen können, dürfte zu verneinen sein, weil es sich dabei um eine im Gesetz nicht vorgesehene Mehrleistung handelt.

Im unmittelbaren Zusammenhange mit der Frage nach dem Rechtsanspruch des Versicherten auf Krankenhauspflege steht die Frage, ob die Krankenkassen verpflichtet sind, für eine ausreichende Gelegenheit zur Gewährung der Krankenhauspflege durch Bereitstellung eigener oder fremder Krankenhäuser zu sorgen. Darüber, daß die Krankenkassen befugt sind, eigene Krankenhäuser zu bauen, besteht ein Zweifel nicht. Diese Befugnis ist u. a. in der Begründung zu § 363 RVO. (S. 211) anerkannt und auch aus der Vorschrift des § 407 Nr. 4 RVO., wonach Kassenverbände Heilanstalten anlegen und betreiben können, zu entnehmen. Denn was die Krankenkassen gemeinsam in der Form eines Kassenverbandes übernehmen können, ist letzten Endes auch eine Aufgabe der einzelnen Krankenkassen. Von einer entsprechenden Verpflichtung der Krankenkassen kann aber nicht die Rede sein, da es den Krankenkassen nicht verwehrt ist, beim Fehlen von Krankenhäusern auf die Gewährung von Krankenhauspflege überhaupt zu verzichten. Darauf weist auch die Vorschrift im § 185 RVO. hin, daß nämlich Wartung und Hilfe durch Krankenpflege gewährt werden kann, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten aber nicht ausführbar ist.

Hiernach kann es einem begründeten Zweifel nicht unterliegen, daß die Vorschrift im § 371 RVO., wonach der Vorstand zur Gewährung der Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser ermächtigt werden kann, sich lediglich auf die Fälle bezieht, in denen die Kasse zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet ist, und daß eine zwangsweise Vermehrung der den Versicherten zur Verfügung stehenden Krankenhäuser gemäß § 372 RVO. auch nur

*) Wir werden die Entscheidung demnächst mitteilen.

Digitized by Google

für die gleichen Fälle in Frage kommt. Ist infolge Überfüllung der Krankenhäuser der Neubau eines Krankenhauses nötig, so können sich die Krankenkassen freiwillig an der Kostenaufbringung beteiligen, sofern ihnen als Gegenleistung die dauernde Besetzung des Krankenhauses in einem ihrem Beitrag entsprechenden Umfange zugesichert ist. Aber auch eine zwangsweise Heranziehung der Kasse würde auf Grund des § 372 RVO. angängig sein, wenn dadurch die Möglichkeit geschaffen werden soll, den Krankenkassen die Erfüllung ihrer Verpflichtung zur Gewährung der Krankenhauspflege an Dienstboten (§ 347 RVO.) — die erweiterte Krankenpflege ist auf dem Papier stehen geblieben — zu sichern. Hier würde also das Oberversicherungsamt auf Grund des § 372 RVO. eine Anordnung dahin treffen können, daß die Krankenkassen ein eigenes Krankenhaus zu errichten oder sich an dem Bau eines Krankenhauses durch einen Dritten zu beteiligen haben. Zur Durchführung dieser Anordnung würde das Versicherungsamt auf Grund des § 379 Abs. 2 RVO. die Geschäfte des Vorstandes bei dessen Weigerung insoweit zu übernehmen haben. B. G.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 9 der **Amtl. Nachr.** vom 29. September 1917.)

Unfallversicherung.

Für die Frage, ob ein vorübergehend in einem Betriebe tätiger Arbeiter für die Folgen eines Betriebsunfalls zu entschädigen ist, ist es ohne Belang, daß in dem Betriebe regelmäßig Arbeiter nicht beschäftigt werden (6966 S. 570).

Die satzungsgemäß begründete freiwillige Unfallversicherung eines Beschäftigten erlischt nicht durch Übergang des Betriebs auf einen anderen Unternehmer (2967 S. 571).

Für Erinnerungen an Bezahlung von Pauschbeträgen für Spruchsachen (§ 80 RVO.) kann das Oberversicherungsamt Mahngebühren nicht fordern (2968 S. 572).

Kriegsgefangene unterliegen nicht der Unfallversicherung. Werden sie als gewöhnliche landwirtschaftliche Arbeiter beschäftigt, so sind auch keine besonderen Beiträge für sie an die Berufsgenossenschaft zu zahlen (Bescheid 2969 S. 573).

(Nr. 10 der **Amtl. Nachr.** vom 27. Oktober 1917.)

I. Unfallversicherung.

Die Einberufung eines Ehemannes zum Heeresdienste begründet nicht seine „Erwerbsunfähigkeit", als Voraussetzung eines Rentenanspruchs bei Tötung der Ehefrau gemäß § 592 RVO. (2970 S. 587).

Die Feststellung der Entschädigung für die in erster Linie berechtigten Hinterbliebenen (Witwe, Kinder) hindert den Ausschluß des Anspruchs wegen Ablaufs der Anmeldefrist auch für die erst in zweiter Linie Berechtigten (Eltern). (2971 S. 588).

Bei Berechnung der einem Verletzten durch den Aufenthalt im Krankenhaus entstandenen, vom Versicherungsträger zu erstattenden Kosten können die durch den Krankenhausaufenthalt ersparten Kosten der eigenen Verpflegung abgezogen werden. (2972 S. 589.)

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Teuerungszulagen gehören im allgemeinen zum Entgelt im Sinne des § 160 RVO. (2385 S. 590).

Die Voraussetzung des § 1 Ziff. 1 der Bek. des Reichskanzlers, betr. Wochenhilfe während des Krieges, v. 3. 12. 14 ist nicht erfüllt, solange ein Urlaub dem Ehemanne der Wöchnerin gestattet, das bürgerliche Leben wieder aufzunehmen oder fortzusetzen (2386 S. 591).

Das Spruchverfahren vor den Versicherungsbehörden ist nicht zulässig für den Anspruch eines Arbeitgebers gegen die Krankenkasse auf Ersatz von Kosten, die er ohne gesetzliche Pflicht für die Krankenhilfe seines versicherten Beschäftigten aufgewendet hat (2387 S. 592).

Die als Einzelbeamte tätigen Fleischbeschauer und Trichinenschauer im Königr. Sachsen, die für bestimmte Bezirke angestellt und verpflichtet sind, gehören zu den Angestellten im Sinne des § 165 Ziff. 2 RVO. (2388 S. 593).

Die Versicherungsämter sind nicht befugt, die Krankenkassen im Aufsichtswege zur Befolgung des Berliner Abkommens v. 23. 12. 13 und der auf Grund des Abkommens mit Ärzten geschlossenen Verträge anzuhalten (2389 S. 594).

Digitized by Google

B. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Verjährungsfristen.

Vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1068).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

Die Verordnungen über die Verjährungsfristen vom 4. November und vom 9. Dezember 1915 (RGBl. S. 732, 811) werden im Anschluß an die Verordnung vom 26. Oktober 1916 (RGBl. S. 1198) weiter dahin geändert, daß die Verjährung nicht vor dem Schlusse des Jahres 1918 vollendet wird.

Anmerkung: Nach der Bek. v. 22. Dezember 1914 (RGBl. S. 543) verjährten die in §§ 196, 197 BGB. bezeichneten Ansprüche, die beim Inkrafttreten der Bekantmachung noch nicht verjährt waren, nicht vor Ende 1915. Diese Verjährungsfrist ist für die bezeichneten Ansprüche, soweit sie am 22. Dezember 1914 noch nicht verjährt waren, durch spätere Verordnungen verlängert worden, und zwar zuletzt durch die Verordnung v. 26. Oktober 1916 bis Ende 1917. Nunmehr ist die Verjährungsfrist durch die hier abgedruckte Verordnung abermals bis Ende 1918 verlängert. „Dies gilt — wie in der im Text erwähnten Verordnung v. 4. November 1915 ausdrücklich hervorgehoben ist — auch insoweit, als für die Ansprüche die Verjährungsfrist durch andere reichsgesetzliche Vorschriften als die der §§ 196, 197 BGB. geregelt ist."

Danach verjähren insbesondere auch die Ansprüche auf Leistungen der Krankenversicherung nicht vor Ende 1918, und zwar, wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2307 (Amtl. Nachr. 1917 S. 258, ArbVers. 1917 S. 184) angenommen hat, nicht nur die Ansprüche auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen, sondern auch der Anspruch auf Sterbegeld.

Beschäftigungsort eines Geschäftsreisenden.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Wiesbaden vom 6. November 1917.

§ 153 Abs. 1 RVO. stellt als Regel den Satz auf, daß Beschäftigungsort der Ort ist, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Die Anwendung dieser Regel auf die Geschäftsreisenden führt nur dann zur Annahme eines einheitlichen Beschäftigungsorts, wenn die tatsächliche Beschäftigung sich innerhalb eines Kassenbezirks abspielt. Das ist bei der Tätigkeit des Beschwerdeführers nicht der Fall. Denn nach den tatsächlichen Feststellungen bereist dieser seit dem Jahre 1908 für die Firma K. in H., Süddeutschland, Elsaß-Lothringen und die Schweiz. Diese Gebiete sind ihm von der Firma vorgeschrieben; nur in der Wahl der einzelnen Orte hat er freie Hand. Die Reisemuster werden vom Beschwerdeführer am Betriebssitz der Firma selbst zusammengestellt und dann an den Anfangspunkt seiner jeweiligen Reise gesandt. An seinen, von ihm selbst gewählten Wohnsitz O. kehrt Beschwerdeführer nur nach Beendigung einer längeren Reisetätigkeit zur Erholung zurück. Die Dauer seines dortigen Aufenthalts ist von der Zustimmung der Firma abhängig. Innerhalb eines Jahres ist Beschwerdeführer in der Regel 8 bis 9 Monate auf Reisen; auf diesen Reisen, nicht von seinem Wohnsitze, erledigt er auch seine schriftlichen Arbeiten. Bei diesem Sachverhalt kann es keinem Zweifel unterliegen, daß Beschwerdeführer an seinem Wohnsitze keinen Beschäftigungsort im Sinne des § 153 RVO. hat. Es könnte nur in Betracht kommen, daß sein Wohnsitz als feste Arbeitsstätte im Sinne des § 153 Abs. 2 oder 3 angesehen werden könnte. Die dargelegten tatsächlichen Verhältnisse, nach denen Beschwerdeführer an seinem Wohnsitz nur zur Erholung weilt und von ihm aus auch nicht regelmäßig seine Geschäftsreisen antritt, widerlegen eine solche Annahme. Es sind vielmehr die Bestimmungen des § 154 auf den vorliegenden Fall anzuwenden, so daß H. der Sitz des Betriebes der Firma K., als Beschäftigungsort zu gelten hat. Der Umstand, daß in § 154 nur von der Betriebsstätte nicht aber auch von der Dienststätte die Rede ist, ist ohne Bedeutung; denn nach dem Sinne der Vorschrift kann es keinem Zweifel unterliegen daß sich diese auch auf solche Fälle bezieht, in denen jemand außerhalb eines „Betriebes" zu Diensten ohne feste Stätte angenommen wird.

Da H. zum Kassenbezirk der Allgemeinen Ortskrankenkasse M. gehört, ergibt sich hiernach deren Zuständigkeit zur Versicherung des Beschwerdeführers.

C. Zur Krankenversicherung.

Kriegswochenhilfe. — Inwiefern hebt Beurlaubung die Eigenschaft als Kriegsteilnehmer auf?

Entscheidungen a) des Versicherungsamts der Stadt München vom 17. Februar 1917 (1004 K.); b) des Reichsversicherungsamts vom 17. September 1917 (II a K. 120/17).

a)

Anspruch auf Reichswochenhilfe nach § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 betr. Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 432) haben nur die Ehefrauen, deren Ehemänner dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder

Digitized by Google

an deren Weiterleistung oder der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Gefangennahme oder Erkrankung verhindert sind. Das grundlegende Erfordernis ist also die Kriegsdienstleistung des Ehemannes. Dieses Erfordernis trifft bei B. nicht zu. Er war zwar vom 18. Oktober 1915 unter Fortgewährung von Löhnung und Verpflegung und unter Gewährung eines Verpflegungszuschusses von 2,05 ℳ täglich von seinem Truppenteil zur Dienstleistung bei der Wagenmeisterei M. abkommandiert worden und ist dies nach einer Mitteilung des Ersatzbataillons des K. B. 2. Inf. Reg. vom 12. 2. 17 auch wieder seit 11. Januar 1917. In dieser Zeit hatte bzw. hat er die Eigenschaft als Kriegsteilnehmer im Sinne der Bundesratsverordnung vom 3. Dezember 1914 (vgl. Entsch. des Oberversicherungsamts Leipzig vom 24. Mai 1916 in „ArbVers." 1916 S. 449). Vom 20. Dezember 1915 bis 10. Januar 1917 trat, wie sich auch aus den Mitteilungen des Truppenteils des mit B. gleichzeitig abkommandierten Ferdinand J. ergibt, auf Grund eines im Einverständnis mit dem K. Kriegsministerium ergangenen Erlasses des K. Verkehrsministeriums vom 4. Januar 1916 die Beurlaubung ohne militärische Gebührnisse und auf Grund freiwilliger Meldungen in Kraft. Von diesem Tage an verloren die in Betracht kommenden Arbeiter ihre Kriegsteilnehmereigenschaft und wurden Arbeiter der Verkehrsverwaltung, die ihnen den Grundlohn des Ortes, an welchem sie in Verwendung genommen wurden, und neben dem Grundlohn für jeden Tag, an dem tatsächlich Fahrdienste geleistet wurden, eine Pauschvergütung von 1 ℳ zu gewähren hat. Die betreffenden bisherigen Militärpersonen kehrten also nunmehr in ihre frühere Zivilstellung zurück und gingen wieder einer Erwerbstätigkeit nach. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, daß sie ihre Tätigkeit zur Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung versicherungspflichtig macht, was bei abkommandierten Militärpersonen nicht der Fall ist. Auch der Stadtmagistrat P. hat den Standpunkt vertreten, daß B. nicht mehr Kriegsdienste leiste und daher mit Beschluß vom 11. Januar 1917 die der Familie des B. bisher gewährte Familienunterstützung entzogen. B. hat zwar gegen diesen Beschluß Beschwerde eingelegt und es lag nahe, die Entscheidung im vorliegenden Verfahren bis zur Erledigung seiner Beschwerde auszusetzen. Das Versicherungsamt sah jedoch hiervon ab, da die Gewährung der Familienunterstützung in erster Linie von dem Vorliegen der „Bedürftigkeit" i. S. des § 1 des Gesetzes der Bekanntmachung vom 21. Januar 1916 abhängt und angesichts des gegenwärtigen Verdienstes des B. unter Umständen schon aus dem Mangel des Vorliegens einer solchen Bedürftigkeit zu einer Aufrechterhaltung des Beschlusses des Stadtmagistrats P. vom 11. Januar 1917 gelangt werden kann, ohne daß die Frage der Kriegsdienstleistung näher gewürdigt wird. Da nun das gegenwärtige Aktenmaterial keinen Zweifel läßt, daß B. in der für die Wochenhilfe in Betracht kommenden Zeit nicht Kriegsteilnehmer i. S. der für die Gewährung der Wochenhilfe maßgebenden Bestimmungen war, so konnte ohne weiteres zur Entscheidung geschritten werden. Diese mußte unter den gegebenen Umständen auf Ablehnung des Wochenhilfeanspruches lauten.

b)

Auf Berufung der Klägerin gab das Oberversicherungsamt, indem es sich dahin äußerte, daß die Klägerin Anspruch auf Kriegswochenhilfe habe, gemäß § 1693 RVO. die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt ab. Dieses trat der Auffassung des Versicherungsamts bei und wies die Berufung zurück aus folgenden Gründen:

Das Reichsversicherungsamt vermochte der Auffassung der Vorinstanzen nur beizutreten. Wie in der grundsätzlichen Entscheidung 2145 (Amtl. Nachr. 1916 S. 348) ausgeführt ist, hängt der Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 davon ab, daß eine der Voraussetzungen des § 1 Nr. 1 a. a. O. während der Wochenzeit erfüllt ist. Dies ist hier nicht der Fall. Allerdings handelt es sich beim Ehemann der Klägerin nicht, wie in der Entscheidung 2145, um einen vorläufig Entlassenen, sondern nur um einen Beurlaubten, und es ist zuzugeben, daß nicht jeder Urlaub einer Person, die Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet, diese Dienste in dem Sinne unterbricht, daß man während der Zeit des Urlaubs nicht von solchen Diensten sprechen könnte. Es kommt eben darauf an, ob, was bereits in der vorerwähnten Entscheidung 2145 bei dem vorläufig Entlassenen betont ist, der Kriegsteilnehmer in die Lage versetzt war, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen. Ob der Urlaub widerruflich ist, was schließlich für jeden Urlaub, wenigstens für jeden militärischen Urlaub gilt, ist nicht maßgebend; insofern kann der Auskunft in der ArbVers. 1915 S. 288 Nr. 6d nicht beigetreten werden. Der Ehemann der Klägerin war über ein Jahr beurlaubt, zur Zeit der Entbindung seiner Ehefrau war er bereits eine Reihe von Monaten als Beurlaubter seinem Beruf nachgegangen. In einem solchen Falle kann man nicht mehr davon sprechen, daß der Beurlaubte zur Zeit der Entbindung der Ehefrau Kriegs- oder ähnliche Dienste geleistet hat. Freilich mag wirtschaftlich auch der Fall mitunter kaum anders liegen, in dem der Ehemann zur Ausübung des bürgerlichen Berufs kommandiert ist, wie hier auch der Ehemann B. vor der Zeit seiner Beurlaubung zu derselben Tätigkeit bereits mehrere Monate kommandiert gewesen ist. Indessen ist die Entscheidung über den Anspruch auf Kriegswochen-

Digitized by Google

hilfe nach § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht allein auf den wirtschaftlichen Ertrag der Tätigkeit des Ehemannes in der Wochenzeit der Ehefrau abzustellen (zu vgl. Entsch. 2332 Amtl. Nachr. 1917 S 440). Der Kommandierte übt auch die bürgerliche Berufstätigkeit im Rahmen des militärischen Befehls als Soldat aus; das militärdienstliche Verhältnis stellt ihn in solche Abhängigkeit, daß man da von einer Wiederaufnahme des bürgerlichen Lebens auch bei Ausübung bürgerlicher Berufstätigkeit nicht sprechen kann. Anders verhält es sich bei einem Beurlaubten, wenigstens bei einem für längere Zeit Beurlaubten. Wo hier die Grenze zu ziehen ist, muß nach Lage des Einzelfalls erwogen werden. Beim Ehemann der Klägerin liegt jedenfalls die Voraussetzung des § 1 Nr. I der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht vor. Daher hat die Klägerin keinen Anspruch auf Kriegswochenhilfe.

Zulässige Beschränkungen der Krankenhilfe für Familienangehörige.

Urteil des Versicherungsamts der Stadt Mainz vom 4. Juli 1917.

Die Familienhilfe gehört rechtlich nicht zu den Regelleistungen, die gesetzlich von jeder Krankenkasse gewährt werden müssen, sie stellt vielmehr eine Mehrleistung dar, deren Gewährung durch die Krankenkassen nach deren Ermessen gesetzlich zugelassen ist. An der rechtlichen Beurteilung der Familienhilfe als Mehrleistung wird auch dadurch nichts geändert, da sie nur durch Zahlung von Zusatzbeiträgen von den Versicherten mit berechtigten Familienangehörigen erworben werden kann (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf., 8. und 9. Aufl., S. 325, Anm. I; Düttmann, Band II, Vorbem. zu § 205; Hoffmann, Krankenversf., 5. Aufl., Vorbem. III zu § 205 RVO.). Die Einführung von Mehrleistungen, soweit das Gesetz sie überhaupt zuläßt, unterliegt ganz allgemein dem Ermessen der Kasse. Sie dürfen nur gewährt werden, soweit es in der Satzung vorgesehen ist, d. h. die nach dem Ermessen der Kassenorgane zu gewährenden Mehrleistungen sind nach Art und Umfang in der Satzung genau zu bezeichnen. Die Gewährung darf nicht im Einzelfall dem Ermessen des Vorstandes überlassen sein, sie muß vielmehr für alle Kassenmitglieder gleichmäßig vorgesehen werden. Dagegen ist zulässig, die Mehrleistung von allgemein gültigen, alle Mitglieder gleichmäßig treffenden, vom Willen des Kassenvorstandes unabhängigen Bedingungen oder Einschränkungen abhängig zu machen (zu vgl. Hahn, 8. und 9. Aufl., S. 239, Anm. 3a zu § 179; Hoffmann, Krankenversf., 5. Aufl., S. 155, Anm. 7 zu § 179).

Diese allgemeinen Grundsätze gelten besonders auch für die Familienhilfe. Im Rahmen der nach § 205 RVO. zugelassenen Leistung hat die Satzung Art, Maß und Dauer der Familienhilfe näher zu bestimmen. Sie kann sie durch allgemeine, für alle Versicherte gleichmäßig geltende Voraussetzungen beschränken. Insbesondere kann sie bestimmen, daß ärztliche Behandlung der berechtigten Familienglieder nur durch Kassenärzte zu gewähren ist sowie ob und wieweit in anderen Fällen ein Beitrag zu den Arztkosten gewährt werden soll. Trifft die Satzung eine derartige Bestimmung, so wird dadurch der Grundsatz der gleichen Rechte aller Kassenmitglieder nicht verletzt, denn alle Kassenmitglieder mit berechtigten Familienangehörigen haben für diese Anspruch auf ärztliche Hilfe in dem durch die Satzung bestimmten Umfang.

Der Umfang der von der Beklagten zu gewährenden Familienhilfe ist im § 31 der Satzung geregelt. Auf Grund des Notgesetzes vom 4. August 1914 über die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen hat die Familienhilfe mit Zustimmung des Versicherungsamts (Beschlußausschuß) in den Bestimmungen vom 29. November 1915 vom 6. Dezember 1915 ab eine Neuregelung erfahren. Danach wird freie ärztliche Hilfe nur durch die Kassenärzte gewährt. Für Familienangehörige, die an Orten wohnen, für die von der Kasse ein Arzt nicht bestellt ist, zahlt die Kasse einen Beitrag zu den Arztkosten. Dagegen ist für Familienglieder, die ärztliche Hilfe im Krankenhaus beanspruchen, freie ärztliche Behandlung oder ein Kostenbeitrag nicht vorgesehen.

Bei dieser Sachlage konnte dem Antrag des Klägers auf Zahlung von Kosten für die ärztliche Behandlung seiner Ehefrau in der Hebammenlehranstalt M. nicht entsprochen werden. Es ist zwar zuzugeben, daß gerade in den Fällen meist ernster Erkrankung von Familienmitgliedern, deren Behandlung in der eigenen Wohnung nicht möglich ist, die Fürsorge der Kasse besonders angebracht wäre. Die Kasse war aber nach ihren Verhältnissen im Jahre 1915 genötigt, neben der Erhebung von Zusatzbeiträgen die hohen Kosten der ärztlichen Familienbehandlung in erträglichen Grenzen zu halten, weil sonst die Notwendigkeit bestanden hätte, die wertvollste, aber auch kostspieligste Mehrleistung überhaupt zu beseitigen. Sie ist dabei von der zutreffenden Erwägung ausgegangen, daß den Interessen der Mitglieder mehr gedient sei, wenn künftig Familienhilfe an im Kassenbezirk erkrankte Angehörige von Mitgliedern in gegen früher eingeschränktem Umfange nur durch Gewährung freier ärztlicher Behandlung durch den Kassenarzt gewährt werde, als wenn sie wegen der hohen Belastung auf die Weitergewährung der Familienhilfe überhaupt verzichten müsse.

Anmerkung: Die Berufung gegen das Urteil ist durch Vergleich erledigt worden.

Digitized by Google

Verwendung von Kassenmitteln für Versammlungen der Kassenführer.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Juni 1917 (2380 Amtl. Nachr. 1917 S. 556).

Die Zusammenkünfte der Rechnungsführer der Landkrankenkassen, um die es sich hier handelt, dienen auch nach Ansicht des Oberversicherungsamts der Besprechung praktischer Verwaltungsangelegenheiten. Zunächst wurden hauptsächlich organisatorische Fragen, später noch andere Gegenstände, wie die Behandlung von Ersatzansprüchen der Armenverbände, die Gestaltung der Rechnungsabschlüsse, das Verfahren bei Aufnahme der Mitglieder der Krankenkassen, die neueren Entscheidungen des Krankenversicherungsrechts sowie die Fachliteratur erörtert. Streitig ist, ob solche Zusammenkünfte zu den „Versammlungen" im Sinne des § 363 Abs. 2 RVO. zu rechnen sind. Im Gegensatze zu den Vorinstanzen hat dies der Senat verneint. Gemäß § 363 Abs. 2 ist es nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde zulässig, „Kassenmittel für den Besuch von Versammlungen zu verwenden, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollen". Nach der Begründung zum § 372 Abs. 2 des Entw. der RVO. (S. 211 Abs. 2), aus dem jene Vorschrift unverändert und ohne weitere Verhandlungen in das Gesetz überging, sollte zu der streitig gewordenen Frage der Beschickung von Kongressen und ähnlichen Veranstaltungen durch die Kassen Stellung genommen werden. Der Entwurf wollte die Verwendung von Kassenmitteln für die Teilnahme an derartigen Versammlungen unter der Voraussetzung gestatten, daß der hauptsächliche Zweck der Veranstaltungen auf die Förderung von Angelegenheiten gerichtet ist, die sich auf die reichsgesetzliche Krankenfürsorge beziehen oder sie doch unmittelbar berühren. Die Begründung erläuterte an einem Beispiel, wann die Beschickung einer Tagung durch eine Kasse nicht gerechtfertigt sein würde (Teilnahme einer kleinen Kasse an einer Beratung über die Errichtung kostspieliger Heilanstalten), und bemerkte weiter, daß auch in der Zahl der Vertreter der Kasse Maß zu halten sei. Aus diesen Darlegungen hat der Senat entnommen, daß die Vorschrift des § 363 Abs. 2 nur Versammlungen von Kassen treffen will, an denen sich diese durch ihre Vertreter beteiligen (zu vgl. Krause, Die Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen, Betriebskrankenkasse 1916 S. 210 ff.; ArbVers. 1916 S. 789 Nr. 1). Auch die zuständigen obersten Verwaltungsbehörden sind anscheinend in den vorbezeichneten Bestimmungen vom 16. Februar 1916 von dieser Auffassung ausgegangen; denn sie haben auf Grund des § 363 Abs. 2 und des § 413 Abs. 2 RVO. für die Krankenkassen (§ 225) mit gewissen Maßgaben die Beschickung von Versammlungen der Kassenvereinigungen durch Vertreter zugelassen, welche die Mehrheit der Stimmen aus der Gruppe sowohl der Arbeitgeber als auch der Versicherten im Vorstand erhalten haben. Außerdem haben sie die Oberversicherungsämter ermächtigt, den Kassenverbänden (§ 406 RVO.) ebenfalls unter bestimmten Voraussetzungen den Besuch dieser Tagungen durch Vertreter zu gestatten. In diesem Sinne versteht der Senat auch den vom Versicherungsamte nicht zutreffend gewürdigten Erlaß des Königl. Preuß. Min. für Handel und Gewerbe vom 3. März 1916, in dem § 363 Abs. 2 RVO. auf den Besuch von Versammlungen einer Vereinigung von Krankenkassenführern durch Geschäftsleiter der beteiligten Krankenkassen für nicht anwendbar erklärt worden ist. Vorliegend handelt es sich ebenfalls um Zusammenkünfte von Geschäftsführern, nicht um Versammlungen, die von Kassen als Körperschaften beschickt werden und auf denen sie verpflichtende Entschließungen gefaßt werden. Die hier in Betracht kommenden Zusammenkünfte der Geschäftsleiter der Krankenkassen dienen im wesentlichen nur dazu, die Kassenbeamten über die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und ihre praktische Anwendung zu unterrichten sowie Zweifelsfragen zu klären. Die Beteiligung an derartigen Zusammenkünften und die Verwendung von Kassenmitteln für diesen Zweck werden mithin von der Vorschrift des § 363 Abs. 2 RVO. nicht erfaßt.

Es bleibt noch zu prüfen, ob hier etwa aus der allgemeinen Vorschrift des § 363 Abs. 1 RVO. Bedenken gegen die Aufwendung von Reisekosten herzuleiten sind. Das ist jedenfalls dann nicht der Fall, wenn diese Kosten zu den „Verwaltungskosten" der Kasse zu rechnen sind. Was dazu gehört, ist allerdings weder im Krankenversicherungsgesetze noch in der Reichsversicherungsordnung ausdrücklich vorgeschrieben. Unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes wurden aber hierunter Aufwendungen verstanden, welche die Kassen machen müssen, um ihrer gesetzlichen Zweckbestimmung gerecht zu werden (zu vgl. Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 13. April 1905, Entsch. 47 S. 358; Entsch. des Königl. Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 4. Januar 1908, abgedruckt in der ArbVers. 1908 S. 299; v. Schicker, Das Krankenversicherungsgesetz, 2. Aufl., § 29 Anm. 8). Auch die Aufwendung von Reisekosten hat man als zulässig bezeichnet, wenn dadurch den Organen der Kasse die Aufklärung über die gesetzlichen Aufgaben der Kassen und ihre eigenen Aufgaben gegenüber den Kassen und deren Mitgliedern ermöglicht werden sollte (zu vgl. Entsch. des Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 13. April 1905 a. a. O.). Mit Einführung der Reichsversicherungsordnung sind die Aufgaben der Krankenkassen an Bedeutung und Umfang erheblich gewachsen. Damit hat sich das Bedürfnis nach sachgemäßer Durchbildung und umfassender Erfahrung auch bei den Geschäfts- und Rechnungsführern der Kassen entsprechend erhöht. Die Verwendung von Kassenmitteln

Digitized by Google

für Reisekosten solcher Angestellten zwecks Teilnahme an Zusammenkünften mit ihren Amtsgenossen werden daher nach der Reichsversicherungsordnung für zulässig erachtet werden können, wenn diese Zusammenkünfte nicht zur Erörterung eigener Angelegenheiten der Angestellten bestimmt sind, sondern der Besprechung von Obliegenheiten der Kasse sowie der Förderung einer sachgemäßen und zweckdienlichen Führung der Kassengeschäfte dienen sollen (zu vgl. auch Krause a. a. O., insbesondere S. 111, und ArbVers. 1916 S. 789 Nr. 1). Daraus folgt, daß Bedenken gegen die Verausgabung von Reisekosten für den Rendanten G. zur Teilnahme an den Beratungen der Rechnungs- und Kassenangestellten der Provinz B. nicht zu erheben waren. Da auch die Angemessenheit der Höhe der Ausgaben nicht zu beanstanden war, so lag kein Grund vor, dem Beschlusse der Kasse entgegenzutreten.

D. Zur Unfallversicherung.

Ersatzanspruch einer unzuständigen Berufsgenossenschaft gegen die zuständige wegen zu Unrecht gewährter Leistungen; Entscheidung durch die Aufsichtsbehörde.

Beschluß des bayer. Landesversicherungsamts vom 9. August 1917.

Der Zimmermann H. war in der Parkettfabrik M. beschäftigt und verunglückte beim Holzschneiden in einem dem Fabrikmeister W. gehörigen Walde. Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft gewährte Heilverfahren und vorläufige Rente und setzte schließlich eine Dauerrente von 80 v. H. fest. Der Verletzte bemängelte, daß hierbei der Jahresarbeitsverdienst forstwirtschaftlicher Arbeiter zugrunde gelegt war. Im Rekursverfahren wurde gemäß § 1703 RVO. die Holzindustrie-Berufsgenossenschaft zugezogen und zur Gewährung der Dauerrente verurteilt. Von ihr verlangte nunmehr die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Ersatz aller für H. gemachten Aufwendungen und beantragte Entscheidung durch das Landesversicherungsamt. Dieses erachtete sich für zuständig, wies aber den Antrag als unbegründet zurück aus folgenden Gründen:

Bei dem Streite beider Berufsgenossenschaften handelt es sich zwar nicht, wie die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft anzunehmen scheint, um den Vollzug und die Auslegung des Urteils vom 20. März lfd. Jahres, für dessen Vollstreckung die Aufsichtsbehörde sorgen könnte; denn das Urteil bezieht sich nur auf die Rente, die der Verletzte vom Zeitpunkt der Feststellung der Dauerrente an zu beziehen hat. Auch liegt kein Streitfall nach § 1738 der RVO. vor; diese Vorschrift erfaßt nur die Fälle, in welchen ein Versicherungsträger den Berechtigten eine vorläufige Fürsorge zugewendet und einen anderen Versicherungsträger zur Anerkennung der endgültigen Entschädigungspflicht aufgefordert hat. Hier hat aber die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft dem H. ohne Anstand von Anfang an die endgültige Fürsorge gewährt. Auch eine andere ausdrückliche Vorschrift des Gesetzes vermag den Anspruch der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft nicht zu begründen. Der Rückersatz kann vielmehr nur unter dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung gefordert werden. Beide Titel gehören ebenso dem öffentlichen Rechte wie dem privaten Rechte an (vgl. Sammlung von Entsch. des K. Verwaltungsgerichtshofs 4 S. 385, 525/6, 9 S. 375, 10 S. 245, 31 S. 57, und aus der jüngsten Zeit eine Entscheidung des K. B. Gerichtshofs für Kompetenzkonflikte in der Beilage I zum Gesetz- und Verordnungsblatt 1916).

Zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen Verbänden des öffentlichen Rechtes, welche sich aus der Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Zwecke dieser Verbände ergeben, sind in Bayern niemals die bürgerlichen Gerichte für zuständig erachtet worden. So hat der K. Verwaltungsgerichtshof in der Entscheidung vom 25. Februar 1910 (Sammlung 31 S. 57) die Verwaltungsbehörden für zuständig erachtet, als eine Distriktsgemeinde behauptete, daß sie auf Grund der Bestimmungen des Distriktsgesetzes eine Leistung auf sich genommen habe, zu der tatsächlich eine Stadtgemeinde auf Grund der Gemeindeordnung verpflichtet gewesen wäre, und deshalb den Rückersatz ihrer Aufwendungen von dem eigentlichen Pflichtigen begehrte. Der Verwaltungsgerichtshof hat ausgesprochen, daß das ganze Rechtsverhältnis, aus dem die Distriktsgemeinde nach ihrem Vorbringen den Anspruch auf Ersatzleistung ableite, in den Bestimmungen des Wegerechts wurzle und sohin seiner inneren Natur nach dem Bereiche des öffentlichen Rechtes angehöre. Auch die Unfallversicherung gehört dem öffentlichen Rechte an und in ihr wurzelt der Ersatzanspruch der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft (vgl. übrigens auch die Entsch. des Reichsger. in Amtl. Nachr. 1893 S. 201); zur Entscheidung über den Ersatzanspruch sind deshalb die Versicherungsbehörden zuständig, welche nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung die Geschäfte der Reichsversicherung wahrzunehmen haben.

Die Entscheidung der Versicherungsbehörden hat nicht im Spruchverfahren zu erfolgen. Es handelt sich weder um einen Ersatzanspruch nach § 1738, noch überhaupt um einen Anspruch, der im Feststellungsverfahren erledigt werden könnte (vgl. § 1551 Abs. 2 u. 3) oder für den die Reichsversicherungsordnung ausdrücklich das Spruchverfahren vorgeschrieben hätte (§ 1771). Nach § 1780 RVO. ergeht also die Entscheidung des Streites im Beschlußverfahren.

Digitized by Google

Die Entscheidung obliegt dem Landesversicherungsamt als der Aufsichtsbehörde der B. Holzindustrie-Berufsgenossenschaft. Die Ablehnung des Ersatzanspruchs durch den Vorstand dieser Berufsgenossenschaft ist keine Entscheidung im Sinne des § 1791 RVO.; sie wirkt wohl nach außen hin, ist aber nur eine Parteierklärung und keine Anordnung, wie dies z. B. das Reichsversicherungsamt bezüglich einer Kostenfestsetzung annehmen konnte (Amtl. Nachr. 1914 S. 719 Nr. 2753). Für eine vorausgehende Zuständigkeit des K. Oberversicherungsamts ist deshalb hier kein Raum (vgl. den Bescheid des Reichsversicherungsamts Ziff. 2 264, Amtl. Nachr. 1908 S. 551 und Nr. 2825 Amtl. Nachr. 1915 S. 658).

Der Antrag vom 28. Juli 1917 ist also zulässig; der erhobene Ersatzanspruch ist jedoch unbegründet.

Aus dem Mangel einer ausdrücklichen Vorschrift in der Reichsversicherungsordnung darf nicht ohne weiteres geschlossen werden, daß jede weitere Rückforderung über den Rahmen des § 1738 hinaus ausgeschlossen sei, vielmehr sind auf solche Ersatzansprüche die einschlägigen Grundsätze des bürgerlicheen Rechtes anzuwenden. Maßgebend sind deshalb jetzt die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (vgl. die Anführung der §§ 812 ff. des Bürgerl. Gesetzb. nach den Leitsätzen der Entscheidung des K. Verwaltungsgerichtshofs vom 25. Februar 1910 in der Sammlung 31 S. 57). Wenn nun auch der Verwaltungsgerichtshof in einem ähnlich gelagerten Falle (vgl. die Plenarentsch. vom 2. März 1888 in der Sammlung 9 S. 375) eine Geschäftsführung ohne Auftrag anerkannt und einen Ersatzanspruch für begründet erklärt hat, so haben doch die darin aufgestellten Grundsätze durch die inzwischen eingetretene Änderung des bürgerlichen Rechtes ihre Unterlage verloren; in der Entsch. vom 25. Februar 1910 ist deshalb auch der K. Verwaltungsgerichtshof nicht mehr auf die Plenarentsch. vom 2. März 1888 zurückgekommen, obwohl die Ähnlichkeit des Falles hierzu hätte Anlaß geben können. Die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Geschäftsführung ohne Auftrag können nicht angewendet werden, wenn jemand ein fremdes Geschäft in der Meinung besorgt, daß es sein eigenes ist (§ 687 Bürgerl. Gesetzb.). Das hat aber die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft getan, als sie den Unfall des H. entschädigte. Aber auch die Grundsätze, welche das Bürgerliche Gesetzbuch über die ungerechtfertigte Bereicherung aufstellt, können den erhobenen Ersatzanspruch nicht begründen (vgl. Staudinger, Kommentar zum Bürgerl. Gesetzb. Anm. 2 zu § 687). Nach dem geltenden Rechte soll nicht mehr überall da ein Anspruch gewährt werden, wo allgemeine Billigkeitserwägungen einen solchen zu fordern scheinen (vgl. Staudinger a. a. O. Anm. I 4 zu § 812). Die Bereicherungsansprüche gehören vielmehr jetzt dem strengen Rechte an; es müssen alle einzelnen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sein, wenn ein Ersatzanspruch des Leistenden entstehen soll (vgl. Kommentar der Reichsgerichtsräte zum Bürgerl. Gesetzb. Anm. 1 zum § 812). Hier kann aber nicht gesagt werden, daß es ohne rechtlichen Grund geschehen ist, wenn die Holzindustrie-Berufsgenossenschaft durch die Entschädigung des H. auf Kosten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft etwas erlangt hat. Der Vorstand der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft hatte, als die Verhandlungen über den Unfall bei ihm einliefen, die Pflicht, sich darüber schlüssig zu machen, ob er eine vorläufige Fürsorge gewähren und die Holzindustrie-Berufsgenossenschaft zur Anerkennung der Entschädigungspflicht auffordern oder ob er den Unfall selbst entschädigen sollte. Er hat von Anfang an die Entschädigung übernommen, obwohl ihm die Beteiligung der Holzindustrie-Berufsgenossenschaft bekannt war. Hierin kann nur der Ausdruck der rechtlichen Überzeugung gefunden werden, daß die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zur Entschädigung verpflichtet sei; die Tatsache, daß durch das Urteil des K. Landesversicherungsamts vom 20. März 1917 eine andere Rechtsauffassung begründet wurde, kann nicht unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, als ob dadurch der rechtliche Grund der Leistung später weggefallen sei (vgl. auch Sammlung von Entsch. des K. Verwaltungsgerichtshofs 10 S. 255). Die früheren Bescheide wurden durch das Urteil nicht berührt, sie sind rechtskräftig geblieben. Wenn auch die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft durch diese bindenden Bescheide einen Verlust zum Vorteile der Holzindustrie-Berufsgenossenschaft erlitten haben mag, so fehlt es nicht an einem Rechtsgrund im Sinne des Gesetzes; der Ersatzanspruch ist deshalb ausgeschlossen (Kommentar der Reichsgerichtsräte, Anm. 6 zu § 812). In voller Würdigung dieser Rechtslage hat sich deshalb das Urteil des K. Landesversicherungsamts nicht auf die vergangene Zeit zurück erstreckt, weil die älteren Grundlagen unanfechtbar geworden waren. Aus dem gleichen Grunde kann auch der Grundsatz, den das Reichsversicherungsamt in dem Bescheide Nr. 2264 Amtl. Nachr. 1908 S. 551 aufgestellt hat, im Rechte der Reichsversicherungsordnung keinen Platz mehr finden. Die Reichsversicherungsordnung hat die vorläufigen Renten eingeführt und schließt den Rekurs aus, wenn es sich um solche handelt. Die Anwendung des § 1703 RVO. ist also jetzt oft erheblich weit hinausgerückt (vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar zur RVO., Anm. 11 zu § 1700). Der Entschädigungsberechtigte hat aber schon wegen der Höhe seiner Rente von Anfang an Interesse an der Frage, welcher Versicherungsträger ihn zu entschädigen habe; er hat jetzt ein größeres Interesse als früher daran, daß diese Frage sofort in vorschriftsmäßiger Weise ausgetragen werde.

Digitized by Google

Der Genossenschaftsvorstand muß also der Prüfung der Frage seiner Entschädigungspflicht im allgemeinen Interesse größere Sorgfalt zuwenden als bisher. Das wird am besten erreicht, wenn ein Ersatzanspruch im Falle des § 1703 RVO. nicht mehr in der Ausdehnung anerkannt wird, als dies für den § 82 des GUVG. zugestanden wurde. Die Gesetzgebungsverhandlungen geben zwar keinen Aufschluß in dieser Richtung (vgl. die Begr. zu den §§ 1669 und 1691 des Entw. der RVO. S. 509 und 511, Kommissionsbericht 6. Teil S. 199 und 202). Aber die Zweifel, welche unter dem früheren Rechte wegen der Lücke in § 82 des GUVG. bestanden, waren dem Gesetzgeber bei der Schaffung der Reichsversicherungsordnung sicher nicht unbekannt; gleichwohl wurde es unterlassen, den § 1703 durch eine dem § 1738 entsprechende Bestimmung zu ergänzen. Aus dieser Tatsache darf wohl geschlossen werden, daß der Gesetzgeber für die Fälle des § 1703 Ersatzansprüche nicht mehr zugestehen wollte. („Berufsgenossenschaft.")

E. Zur Angestelltenversicherung.

Angestelltenversicherungspflicht eines Krankenbesuchers verneint.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 18. April 1917 (P. 225/16).

Der frühere Fabrikarbeiter, jetzige kriegsbeschädigte Ganzinvalide S. ist bei der Betriebskrankenkasse der Pulverfabrik in H. als Krankenbesucher beschäftigt. Er erhält eine in monatlichen Teilbeträgen zahlbare Jahresvergütung von 1200 ℳ, ferner eine jährliche Kriegszulage von 300 ℳ und eine jährliche Entschädigung von 180 ℳ für Nebenaufwendungen. Bei den Krankenbesuchen hat er festzustellen, in welchem Zustand der Kranke angetroffen wurde, ob er die ärztlichen Vorschriften befolgte, ob er etwa arbeitete und dgl. Seine Wahrnehmungen trägt er in ein einfaches Formular ganz kurz ein, etwa wie folgt: „In Ordnung." — „Nicht angetroffen." — „Falsche Wohnung angegeben." — „Wurde beim Dungladen angetroffen." usw. Berichte oder gutachtliche Äußerungen über den eigentlichen Krankheitszustand hat er nicht zu erstatten. Seine Feststellungen bezüglich Befolgung der ärztlichen Vorschriften erstrecken sich lediglich auf die Angabe, ob z. B. der Kranke die vom Arzt angeordnete Bettruhe innehält, die erlaubte Ausgehzeit nicht überschreitet, nicht raucht usw. Außer seinem Dienst als Krankenbesucher wird S. noch zu Botengängen und zur Anfertigung rein mechanischer Abschreibearbeiten verwendet. — Das Oberschiedsgericht hat, in Übereinstimmung mit dem Rentenausschuß, die Versicherungspflicht nach dem AngestVersGes. verneint aus folgenden Gründen:

Mit Recht hat der Rentenausschuß angenommen, daß die Tätigkeit des S. als Krankenbesucher ihn nicht über den Kreis der Handarbeiter hinaushebt. S. hat nur tatsächliche Feststellungen einfachster Art zu treffen und sie kurz in ein einfaches Formular einzutragen. Diese Tätigkeit stellt keine besonderen Anforderungen an die Denkfähigkeit und Urteilskraft des damit Beschäftigten. Sie erfordert auch nicht besondere Geschäftsgewandtheit oder ein höheres Maß von Kenntnissen. Die Tätigkeit ist bei dem engbegrenzten Kreis und der Gleichartigkeit der in Betracht kommenden Fälle wesentlich einfacher, als die von Schutzleuten, Amtsdienern und ähnlichen Polizeibeamten ausgeführte Ermittlungstätigkeit (zu vgl. auch die grundsätzl. Entsch. des Oberschiedsger. Nr. 148, „AngestVers." 1916 S. 226). Hiernach gehört S. in seiner Eigenschaft als Krankenbesucher nicht zu den nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte zu versichernden Angestellten in gehobener Stellung.

Völlig verschieden von dem vorliegenden Falle liegt der der grundsätzlichen Entscheidung Nr. 67 („AngestVers." 1915 S. 234). Dort hatten die polizeilichen Aufsichtsdamen für das Haltekinderwesen nicht nur eingehende Feststellungen über die Gesundheits- und Wohnungsverhältnisse der Haltekinder zu treffen, sondern aus diesen Feststellungen auch selbständig Schlüsse zu ziehen und zu entscheiden, ob Mißstände vorlagen.

Zu einer weiteren Beweisaufnahme lag kein Anlaß vor. Die früher von der Arbeitgeberin des S. gemachte, sodann in der Beschwerdeinstanz zurückgezogene Angabe, S. hätte auch Simulationsverdacht festzustellen, erklärt sich unschwer damit, daß S. anzugeben hatte, ob die von ihm besuchten Kranken etwa Arbeiten verrichten, was dann für den Vorstand der Kasse den Anlaß zu weiteren Maßnahmen geben kann.

Nach alledem muß es bei der Vorentscheidung bewenden.

Mahnung der Reichsversicherungsanstalt unterbricht die Verjährung der Beiträge.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 18. April 1917 (P. 334/16).

Die Versicherungspflicht der Martha H. während ihrer Beschäftigung bei den Notaren B., von S., R. und R. war gegeben. Die Aufnahme der Stenogramme und ihre Übertragung in die Schreibmaschine ist nach der ständigen Rechtsübung des Oberschiedsgerichts nicht als rein mechanische Bureauarbeit anzusehen, weil sie ein höheres Maß geistiger Anstrengung als das einfache wörtliche Abschreiben erfordert. Wenn die Aufnahme von Stenogrammen und ihre Übertragung auch zeitlich hinter den gewöhnlichen Abschreibearbeiten zurücktrat, so wurde die Martha H. doch damit immerhin in einem Umfang beschäftigt, der für die Beurteilung ihrer Versicherungspflicht erheblich ist. Da die H. die Stenogrammaufnahme und die Übertragung auch im

Digitized by Google

Hauptberuf ausübt, so ergibt sich ihre Versicherungspflicht aus § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Die Versicherungspflicht der Martha H. hat mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen. Der Umstand, daß den Arbeitgebern auf der Behörde für das Versicherungswesen in H. eine die Versicherungspflicht der H. verneinende Auskunft erteilt worden ist, steht der Feststellung der Versicherungspflicht im Verfahren nach § 210 a. a. O. nicht entgegen. Jene Auskunft gilt nicht als endgültige Feststellung des Nichtvorliegens der Versicherungspflicht. Es war den Arbeitgebern unbenommen, schon damals eine endgültige Klarstellung der Versicherungspflicht im Wege des § 210 herbeizuführen.

Zur Nachentrichtung der Beiträge für die Zeit der Beschäftigung der Martha H. wären ihre Arbeitgeber nur dann nicht verpflichtet, wenn Verjährung eingetreten wäre. Nach § 228 Abs. 1 a. a. O. verjährt der Anspruch der Reichsversicherungsanstalt auf rückständige Beiträge, soweit sie nicht absichtlich hinterzogen sind, in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit. Da im gegebenen Falle von einer absichtlichen Beitragshinterziehung nicht die Rede sein kann, so würden die sämtlich im Jahre 1913 fällig gewordenen Beiträge für Martha H. mit Ablauf des Jahres 1915 verjährt gewesen sein, es sei denn, daß die Verjährung unterbrochen worden ist. Über die Unterbrechung der Verjährung enthält das Versicherungsgesetz für Angestellte selbst nur im § 207 eine Bestimmung. Diese lautet:

„Der Entrichtung der Beiträge im Sinne der §§ 205, 206 steht gleich:

1. die von einer zuständigen Stelle an den Arbeitgeber gerichtete Mahnung,
2. die Bereiterklärung des Arbeitgebers oder des Versicherten zur Nachentrichtung gegenüber einer solchen Stelle,

wenn demnächst die Beiträge in einer angemessenen Frist entrichtet werden.

Zeiträume, in denen eine Beitragsstreitigkeit (§§ 210, 211) oder ein Verfahren über einen Anspruch auf Ruhegeld oder Rente schwebt, werden in die Fristen der §§ 205, 206 nicht eingerechnet.

Diese Tatsachen (Abs. 1, 2) unterbrechen auch die Verjährung rückständiger Beiträge."

Von den in dieser Vorschrift aufgeführten Unterbrechungsgründen kommt in dem zu entscheidenden Falle nur der des Abs. 1 Nr. 1 in Frage. Vor Ablauf der zweijährigen Verjährungsfrist des § 228 Abs. 1 a. a. O., nämlich am 26. Juni 1915, hat die Reichsversicherungsanstalt die Arbeitgeber der Martha H. zur Nachentrichtung der rückständigen Beiträge aufgefordert. Eine Entrichtung der rückständigen Beiträge, die § 207 Abs. 1 am Schlusse fordert, ist allerdings bisher nicht erfolgt und konnte auch nicht erfolgen, weil die Arbeitgeber ihre Pflicht zur Beitragsentrichtung überhaupt bestreiten. Würde man also die Vorschrift des § 207 Abs. 1 auf die Unterbrechung der Verjährung nach Abs. 3 dieses Paragraphen in ihrem vollen Umfang wörtlich anwenden, so müßte die Frage, ob die Verjährung der Beiträge für Martha H. unterbrochen worden ist, verneint werden. Die Folge dieser Auffassung wäre, daß es in zahlreichen Fällen der Arbeitgeber, je nachdem er geneigt ist, der Mahnung der Reichsversicherungsanstalt nachzukommen oder nicht, in der Hand haben würde, die Reichsversicherungsanstalt der Vorteile aus § 207 Abs. 1 Nr. 1 zu berauben, obwohl die Billigkeit die tunlichste Gleichstellung der Hintanhaltung des Erlöschens der Anwartschaft zugunsten des Versicherten und der Unterbrechung der Verjährung rückständiger Beiträge zugunsten des Versicherungsträgers erfordert (zu vgl. Begr. zum Entwurf einer RVO. S. 430, betreffend den § 1444 RVO.), mit welchem § 207 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, von den Zitaten abgesehen, wörtlich übereinstimmt). Allerdings wäre an sich die Reichsversicherungsanstalt durch das Gesetz nicht gehindert, trotz des Bestreitens der Versicherungspflicht und des Einwandes der Verjährung im Wege der Zwangsvollstreckung die Nachentrichtung der Beiträge bald nach der Mahnung zu veranlassen, ohne den Ausgang eines Verfahrens aus § 210 a. a. O. abzuwarten. Ein solches Verfahren würde aber große Härten in sich schließen. Hieraus ergibt sich, daß die Vorschrift des Abs. 1 des § 207 nicht im ganzen Umfang auf den Fall der Unterbrechung der Verjährung paßt. Sie stellt nur eine zugunsten des Versicherten getroffene Bestimmung dar und verlangt von letzterem, wenn die Beiträge für ihn wirksam sein sollen, daß sie auf die Mahnung der zuständigen Stelle in angemessener Frist entrichtet werden. Bei der Unterbrechung der Verjährung, die eigentlich nicht in Abs. 3 des § 207, sondern im Anschluß an § 228 a. a. O. hätte behandelt werden sollen, kann es, wenn die Mahnung als Unterbrechungstatsache überhaupt gelten soll, unmöglich auch noch auf die demnächstige Entrichtung der Beiträge ankommen. Muß hiernach die Mahnung allein als ausreichend zur Unterbrechung der Verjährung angesehen werden, so ist auch in dem zur Entscheidung stehenden Falle die Verjährung unterbrochen worden. Daß die Reichsversicherungsanstalt zur Mahnung wegen der Beiträge zuständig ist, bedarf einer weiteren Darlegung nicht. Hiernach ist die Verjährung der für Martha H. rückständigen Beiträge durch das Schreiben der Reichsversicherungsanstalt vom 26. Juni 1915 wirksam unterbrochen worden. Da seitdem eine neue Verjährungsfrist nicht abgelaufen ist, sind die Arbeitgeber der Martha H. zur Nachentrichtung der Beiträge für die Zeit vom 1. Januar bis zum 30. November 1913 verpflichtet.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Lücken im Knappschaftsgesetz.

Die weitere Dauer des Krieges zeigt noch einige Mängel des preußischen Knappschaftsgesetzes, an denen bislang alle Ergänzungen des Gesetzes und Notverordnungen achtlos vorübergegangen sind. Nach § 34 des Knappschaftsgesetzes verlieren Mitglieder, welche aus der ihre Mitgliedschaft bei der Pensionskasse begründenden Beschäftigung ausscheiden, ihre Ansprüche auf die Leistungen der Pensionskasse. Diese Vorschrift befindet sich auch in wohl allen Satzungen der Knappschaftsvereine. Die Rechtsprechung behauptet nun, daß diese Bestimmung auch für die zum Zwecke des Eintritts in den Heeresdienst ausscheidenden Versicherten gilt. Es sei für sie keine Ausnahme vorgesehen.

Hieraus ergeben sich mancherlei Folgerungen. Insbesondere kommt die Rechtsprechung zu dem Schlusse, daß für die nach der Einberufung zum Heeresdienst geborenen Kinder die statutarischen Leistungen wie Erziehungsbeihilfen usw. nicht zu gewähren sind. Das ist schon in einer Anzahl von Fällen geschehen. Hier einige Beispiele: Der Bergarbeiter W. wurde am 6. August 1914 zum Heeresdienst eingezogen und seit dem 28. September 1914 vermißt. Da er kein Lebenszeichen von sich gab, wurde sein Tod angenommen und die Festsetzung der Hinterbliebenenrenten vorgenommen. Hierbei erhielten aber nur die fünf bis zum Jahre 1913 geborenen Kinder die Erziehungsbeihilfe. Für das am 5. September 1914 geborene Kind Paul wurde eine solche abgelehnt. In der Begründung dazu heißt es, daß der Verstorbene bei der Geburt dieses Kindes nicht mehr Pensionskassenmitglied gewesen sei. Dem Kinde stünde deshalb auch keine freie Kur und Arznei zu. In der hiergegen eingelegten Berufung wurde darauf hingewiesen, daß eine solche Auslegung dem Sinne und Geist des Gesetzes widerspreche. Sie sei auch eine große Härte. Nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches gelte auch das Kind Paul als eheliches Kind. Darauf komme es nur an. Es habe deshalb auch Ansprüche.

Das Knappschafts-Oberversicherungsamt wies aber durch Entscheidung vom 29. Januar 1917 die Berufung zurück. In der Begründung hierzu heißt es, daß weder aus den Satzungsvorschriften noch aus dem Knappschafts-Kriegsgesetz sich die Folgerung ziehen lasse, daß die zum Heere einberufenen Mitglieder solche bleiben. Es werde ihnen zwar die im Heeresdienst verbrachte Zeit auf die Wartezeit angerechnet und sie erhielten die beim Ausscheiden erworbenen Rechte, sie verlieren aber die Mitgliedschaft vom Tage des Ausscheidens an. Als „erworbene Ansprüche auf die Pensionskassenleistungen" seien diejenigen zu verstehen, deren besondere Grundlagen tatsächlicher Art zur Zeit des Ausscheidens vorhanden waren, aus denen das spätere Recht auf eine einzelne der verschiedenartigen Pensionskassenleistungen erwachsen konnte, also bei Erziehungsbeihilfe die Geburt des Kindes (Entscheidung vom 26. März 1914, RL. 5/14, abgedruckt im Kompaß 1914 S. 207). Da hiernach die nach dem Ausscheiden erfolgte Geburt eines Kindes keinen Anspruch auf Leistungen der Pensionskasse gewährt, habe der beklagte Verein mit Recht den Erziehungsbeitrag für den Sohn Paul abgelehnt.

Hiergegen wurde Revision beim Oberschiedsgericht für Knappschaftsangelegenheiten in Berlin eingelegt. Es wurde darauf hingewiesen, daß die Rechtsprechung schon oft über den Wortlaut von Satzungen hinweggesehen habe, wenn eine Bestimmung offenbar widersinnig ist. Es sei wohl auch nur ein Versehen, wenn durch die Kriegsnotgesetzgebung die Fürsorge der Knappschaftsvereine noch nicht auf diese Fälle ausgedehnt sei. Der Kommentar zum Knappschaftsgesetz von Steinbrink und Reuß sage in der Anmerkung zu § 34 ausdrücklich: „Ein Ausscheiden aus der die Mitgliedschaft bei der Pensionskasse begründenden Beschäftigung liegt nur vor, wenn mit der tatsächlichen Arbeitsausübung auch das zugrunde liegende Lohnarbeitsverhältnis tatsächlich oder rechtlich gelöst wird." Eine solche ausdrückliche Auflösung des Arbeitsverhältnisses habe aber nicht vorgelegen, es sei nur eine Unterbrechung durch den Eintritt zum Heere eingetreten. Nach Beendigung der Dienstzeit sollte die tatsächliche Arbeitsausübung wieder aufgenommen werden. Es half aber alles nichts; das Oberschiedsgericht hat jetzt (Aktenzeichen RL. 30/17) die Revision zurückgewiesen. Es schloß sich in allen Punkten den Ausführungen des Knappschafts-Oberversicherungsamtes an.

Genau so ging es noch einer Frau J. in Naundorf, deren Ehemann im September 1914 eingezogen wurde. Ein Kind wurde noch im November 1914 geboren. Es wurde wohl für die zwei vorher, aber nicht für dieses zuletzt geborene Kind die Erziehungsbeihilfe gewährt. Ähnlich ging es noch einer ganzen Anzahl Witwen. Zweifellos liegen hier Härten vor. Es sollte die Lücke durch eine Notverordnung beseitigt werden. Die gegenwärtige Einrichtung ist den Hinterbliebenen unverständlich. Die aus einer Änderung entstehenden finanziellen Lasten der Knappschaftsvereine sind geringe

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Kriegswochenhilfe. — Zum Begriff der unständigen Beschäftigung.

1. Nach Calcar. Antwort: Am 27. Dezember 1916 ist Kl. wieder in Kriegsdienst eingetreten. Der Anspruch seiner Frau auf Wochenhilfe nach § 1 der Bek. v. 3. 12. 14 wäre begründet, wenn für erwiesen anzusehen wäre, daß Kl. unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen gegen Krankheit versichert

Digitized by Google

war. Für die Zeit v. 17. November bis 26. Dezember 1916, also für 40 Tage vor dem Eintritt in den Kriegsdienst ist solche Versicherung durch die Beschäftigung im Postdienst zweifelsfrei nachgewiesen. Ein weiterer Nachweis ist also nur noch für mindestens zwei Tage vor dem 17. November zu erbringen. Nun war Kl. in der Zeit v. 15. Juli bis zum 16. November 1916 abwechselnd an einzelnen Tagen als Anstreichergeselle aushilfsweise bei seinem Bruder und bei seinem Schwager beschäftigt. Wäre das als eine unständige Beschäftigung anzusehen, so würde dadurch die Krankenversicherung nicht begründet worden sein, weil Kl. nicht in das Mitgliederverzeichnis der zuständigen Kasse eingetragen war (§ 442 Abs. 3 RVO.). Es fehlt aber an hinreichendem Anhalt für die Annahme, daß Kl. unständig Beschäftigter im Sinne des § 441 RVO. war. Das wäre nur der Fall gewesen, wenn die einzelnen Arbeitsverhältnisse, die er in dieser Zeit einging, entweder durch die Natur der Sache oder durch den Arbeitsvertrag im voraus auf weniger als eine Woche beschränkt waren. Läßt sich das nicht erweisen, so begründete jedes einzelne dieser Verhältnisse, auch wenn es tatsächlich weniger als eine Woche gedauert hat, die ordentliche Pflichtversicherung bei der zuständigen Kasse nach §§ 165, 234, 306 und dann ist, wenn Kl. mindestens am 15. und 16. November in einem jener Arbeitsverhältnisse gestanden hat, die Voraussetzung für den Anspruch auf Kriegswochenhilfe erfüllt. In dieser Richtung wird der Sachverhalt nötigenfalls noch näher aufzuklären sein.

Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung von Krankenkost.

2. Nach Bebdorf. Antwort: Die Kasse ist regelmäßig nicht verpflichtet, Krankenkost zu gewähren, und braucht daher nicht die Kosten für Maßnahmen zu tragen, die jene erst ermöglichen. Daher hat sie nicht die von der Behörde verlangte ärztliche Bescheinigung zu bezahlen, daß das Mitglied infolge seines Leidens kein Kriegsbrot essen dürfe, sondern Krankenbrots benötige (zu vgl. ArbVers. 1917 Heft 11 S. 241 Anm.). Anders jedoch, wenn die Satzung gemäß § 193 Abs. 2 RVO. Krankenkost zubilligt, so daß der Versicherte einen Anspruch auf sie hat. Dann muß die Kasse nötigenfalls eine solche ärztliche Bescheinigung bezahlen.

Personen, die „lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden" (§§ 170, 171 RVO.) und „Lehrlinge".

3. Nach Ou. Antwort: Was die Entscheidung des Oberversicherungsamts im letzten Absatz der Begründung bemerkt, ist durchaus zutreffend. Die oberste Verwaltungsbehörde kann nach § 171 RVO. bestimmen, wie weit die dort bezeichneten Beschäftigten versicherungsfrei sind, wenn ihnen entweder gewisse Ansprüche (§ 169) gewährleistet sind oder wenn sie „lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden". Nun hat im vorliegenden Falle der Minister im ersten Satze seiner Verfügung die Versicherungsfreiheit auch auf die Personen erstreckt, die bei der Bank lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden. Dabei ist hauptsächlich an junge Leute aus wohlhabender Familie gedacht, die vorübergehend eine untergeordnete Tätigkeit ausüben, um nach vollendeter Ausbildung sich um höhere Stellen zu bewerben (Komm. Ber. II S. 24). Das trifft auch auf Personen zu, die keinesfalls zu den „Lehrlingen" gerechnet werden können, z. B. auf junge Juristen, die sich im Bankfach unterrichten wollen, um später eine Stellung als juristische Beiräte in einer Bank anzunehmen. Will man aber die Bestimmung des Gesetzes und folglich auch die Verfügung des Ministers in ihrem ersten Satz auch auf Lehrlinge mit beziehen, so stand es doch nach der Fassung des Gesetzes („wie weit") dem Minister zu, den Kreis der Befreiten einzuschränken, und das hat er im zweiten Satze seiner Verfügung ausdrücklich u. a. auch hinsichtlich der Lehrlinge getan. Diese sind daher nicht versicherungsfrei und folglich Mitglieder Ihrer Ortskrankenkasse.

Wochenhilfe für freiwillig weiterversicherte Wöchnerinnen.

4. Nach Trachenberg. Antwort: § 215 Abs. 2 RVO. gilt nur für solche Mitglieder, die der Versicherung freiwillig beigetreten sind, jedoch nicht für solche, die sich auf Grund früherer Pflichtmitgliedschaft freiwillig weiterversichert haben. Offenbar meinen Sie aber § 193 Abs. 3 RVO. Danach kann die Satzung den Versicherten, die freiwillig Mitglieder der Kasse bleiben, statt der Krankenpflege den Betrag mindestens des halben Krankengeldes dann zubilligen, wenn sie sich nicht im Bezirke der Kasse oder des Versicherungsamtes aufhalten. Eine auf Grund dieser Vorschrift erlassene Bestimmung kann sich aber stets nur auf Krankenpflege, nicht auch auf Wochenhilfe beziehen. Vollends aber bleibt davon die Kriegswochenhilfe unberührt. Die Leistungen aus § 195 RVO. sowohl, wie auch aus § 8 Bekanntm. vom 3. Dezember 1914 stehen indessen nicht nur den Pflichtmitgliedern, wie Sie anzunehmen scheinen, sondern auch den freiwilligen Mitgliedern zu. Demnach hat das Dienstmädchen, wenn es sich freiwillig weiterversichert hat, im Falle seiner Niederkunft das satzungsgemäße Wochengeld, ferner Beitrag zu den Entbindungskosten in Höhe von 25 *M*, Stillgeld und gegebenenfalls Schwangerengeld zu beanspruchen.

Berechnung des „letzten" Jahres im Falle des § 197 RVO.

5. A. Z. Antwort: Entscheidend für den Anspruch auf Wochenhilfe ist die Versicherung „im letzten Jahre vor der Entbindung" (§ 195 RVO.) und der gleiche Zeitraum muß daher auch maßgebend sein für die Verteilung der Lasten der Wochenhilfe unter die beteiligten Krankenkassen. Daher ist im § 197 RVO. hinter den Worten „während des letzten Jahres" zu ergänzen: „vor der Entbindung". Es liegt kein Grund vor, das letzte Jahr nach § 197 anders zu berechnen, als nach § 195 RVO., auch wenn schon für zwei Wochen vor der Niederkunft Wochengeld gewährt wird.

Gewährung der Kriegsunterstützung als Voraussetzung für die Kriegswochenhilfe wegen eines unehelichen Kindes.

6. Nach Tettnang. Antwort: Nach § 3 Bekanntm. v. 23. April 1915 besteht Anspruch für Kriegswochenhilfe für das uneheliche Kind eines Kriegsteilnehmers, wenn es Kriegsunterstützung erhält. Solange also diese nicht gewährt wird, besteht auch kein Anspruch auf Kriegswochenhilfe. Ist bereits bei der Geburt der Vater Kriegsteilnehmer und besteht bereits in diesem Augenblick Bedürftigkeit, so muß auf Verlangen bereits für die Zeit von der Geburt ab Kriegsunterstützung gewährt werden, auch wenn die Vaterschaft des Kriegsteilnehmers erst später festgestellt oder von ihm anerkannt wird und dann ist auch nachträglich die Kriegswochenhilfe zu gewähren. In dem geschilderten Falle ist aber

Digitized by Google

offenbar die Kriegsunterstützung erst mehrere Monate nach der Geburt — vom 1. Januar 1917 ab — beansprucht und gezahlt worden. Dann bestand auch für die Zeit vorher kein Anspruch auf Kriegswochenhilfe.

Familienhilfe für Kinder, die „im Haushalt des Versicherten leben".

7. Nach Ratibor. Antwort: Einem Kinde, das von den Eltern an einem anderen Orte zum Zwecke des Besuchs einer höheren Schule „in Pension" gegeben ist, steht allerdings der elterliche Haushalt noch für die Ferienzeit oder für sonstige gelegentliche Besuche offen, aber es „lebt" nicht mehr in diesem Haushalt, sondern in dem anderen, in welchem es wohnt, schläft und beköstigt wird. Wenn also die Satzung Familienhilfe nur für Angehörige vorsieht, die im Haushalt des Versicherten leben, so ist ein Anspruch darauf nicht begründet für ein Kind, das auswärts in der Pension erkrankt. Das entspricht nicht nur dem Wortlaut, sondern auch dem Zwecke der Beschränkung, der doch wohl dahin geht, die Familienhilfe in gewissen engen, von der Kasse leicht zu übersehenden Grenzen zu halten und sie namentlich nicht außerhalb des Kassenbezirks gewähren zu müssen. Eine zutreffende Entscheidung ist uns nicht bekannt.

Kein Hausgeld, wenn der Versicherte unmittelbar vor der Erkrankung keinen Verdienst hatte.

8. Nach F. Antwort: Die Frau ist nach ihrer ersten Erkrankung und Krankenhauspflege am 20. April für arbeitsfähig erklärt worden und hat seitdem ersichtlich eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht wieder aufgenommen, da sie nach dem Inhalt der Anfrage sich freiwillig weiterversichert hat (§ 313 RVO.). Auch wenn die neue Erkrankung vom 11. Juli auf die frühere Krankheitsursache zurückzuführen sein sollte, so stellte sie doch einen neuen Versicherungsfall dar, und es muß daher für die Frage, ob sie für die Zeit der erneuten Verpflegung im Krankenhause Anspruch auf Hausgeld hat, geprüft werden, ob sie „bisher", d. h. unmittelbar vor dieser zweiten Erkrankung, von ihrem Arbeitsverdienste ihre Kinder ganz oder überwiegend unterhalten hat. Dies ist ausgeschlossen, wenn die Frau in der Zeit nach ihrer ersten Entlassung einen Arbeitsverdienst überhaupt nicht gehabt hat. Auf die Zeit vor der ersten Erkrankung zurückzugreifen und ihr das Hausgeld zuzubilligen, weil sie damals einen Arbeitsverdienst gehabt und für den Unterhalt der Kinder verwendet hat, ist nach der Fassung des Gesetzes nicht zulässig, zumal die Zwischenzeit mehr als 11 Wochen betrug (zu vgl. hinsichtlich eines ganz ähnlichen Falles: Entsch. des württ. VGH. bei Reger 29 S. 386).

Müssen Erben des Arbeitgebers einen Befreiungsantrag nach §§ 418, 419 RVO. stellen?

9. Nach Dirschau. Frage: Besteht die nach §§ 418, 435 der RVO. ausgesprochene Befreiung fort, wenn der Arbeitgeber verstirbt und die Bewirtschaftung seines landwirtschaftlichen Betriebes für Rechnung seiner Erben (im vorliegenden Falle Mutter und großjährige Geschwister) weitergeführt wird? Unserseits ist, um die Ansprüche der Kasse aus § 422 der RVO. zweifelsfrei festzustellen, von den Erben die Stellung eines neuen Befreiungsantrages oder Anmeldung der Versicherungspflichtigen zur Kasse verlangt worden, worauf ein neuer Befreiungsantrag gestellt wurde. Die Zahlung der Beiträge für die Zeit vom Tode des Arbeitgebers bis zum Eingang des Befreiungsantrags der Erben wird jedoch verweigert. Wir bitten um Mitteilung, ob und wann bereits in einem ähnlichen Streitfalle eine endgültige Entscheidung ergangen und ob unser Anspruch gerechtfertigt ist.

Antwort: Wir haben unsere Auffassung im Jahrg. 1914 S. 727 Ziff. 10 dahin ausgedrückt, daß die Befreiung fortbesteht. Dabei ist selbstverständlich vorausgesetzt, daß das Dienstverhältnis, wie ja für den vorliegenden Fall feststeht, aufrecht erhalten ist (zu vgl. § 101 der preuß. Gesindeordg.; anders „Ortskrankenkasse" 1917 Sp. 265). Eine maßgebende Entscheidung über die Frage ist noch nicht veröffentlicht. Es ist uns aber bekannt, daß das Oberversicherungsamt Groß-Berlin eine Streitsache dieser Art gemäß §§ 1799, 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben hat.

a) Anmeldung eines Anspruchs auf Erhöhung der Unfallrente durch die Krankenkasse; b) Rückforderung überzahlten Krankengeldes vom Versicherten im Falle des § 1511 RVO.

10. Nach Herten i. W. Antwort: a) Wenn die gegenwärtige Erkrankung des Versicherten die Folge seines im Jahre 1914 erlittenen Betriebsunfalls ist, so hat die Krankenkasse wegen ihrer Leistungen an den arbeitsunfähigen Versicherten und wegen ihres darauf beruhenden Ersatzanspruchs (§§ 1501 ff. RVO.) nach § 1509 ein selbständiges Recht, die Erhöhung der dem Versicherten früher bewilligten Teilrente bei der Berufsgenossenschaft und in den weiteren Instanzen zu betreiben. Die Berufsgenossenschaft kann auf Grund des § 611 den Anspruch der Kasse auf Erhöhung der Rente nur für die Vergangenheit, nicht aber für die Zeit nach Anmeldung des Anspruchs durch die Kasse ablehnen; denn im Hinblick auf § 1509 hat die Anmeldung der Kasse die gleiche Rechtswirkung wie die im § 1584 vorgesehene Anmeldung durch den Verletzten selbst. In jedem Falle hat die Berufsgenossenschaft der Kasse auf ihre Anmeldung einen förmlichen, berufungsfähigen Bescheid zu erteilen. Liegt ein solcher vor, so ist er durch Berufung anzufechten. Ist (was wir aus der Anfrage nicht bestimmt erkennen können) die Ablehnung in formloser Weise erfolgt, so ist auf Erteilung des förmlichen Bescheides zu bestehen und nötigenfalls das Reichsversicherungsamt als Aufsichtsbehörde anzurufen.

b) Die uns mitgeteilte Bestimmung der Satzung entspricht dem § 1511 RVO., dessen Auslegung recht zweifelhaft ist. Wir verweisen auf unsere Auskünfte 1914 S. 725 Ziff. 4 und 1916 S. 309 Ziff. 3, sowie auf die davon abweichende Entscheidung des Reichsversicherungsamts hier 1916 S. 327. Diese Meinungsverschiedenheit betraf aber nur die Frage, wieweit die Kasse Ersatz aus der Unfallentschädigung, also von der Berufsgenossenschaft fordern könne. Das RVA nimmt an, daß dieser Ersatzanspruch sich auch beim Vorliegen einer dem § 1511 entsprechenden Satzungsbestimmung nach §§ 1501 ff. beschränkt. Eine andere Frage ist, ob die Kasse, die nach § 1511 Krankengeld nur soweit zu gewähren hatte, als es den Betrag der Unfallrente überstieg, gleichwohl aber das volle Krankengeld gezahlt hat, weil die Unfallrente damals noch nicht festgestellt war oder weil sie nicht wußte, daß die Krankheit auf dem Unfall beruhte, den Mehrbetrag (soweit sie ihn nicht von der Be-

Digitized by Google

rufsgenossenschaft nach §§ 1501 ff. erhält) vom Versicherten zurückfordern kann. Wir glauben, daß die Frage zu bejahen ist und daß ein Anhalt dafür sich auch aus der Begründung der erwähnten Entscheidung des RVA. ergibt. Denn dort heißt es: „Wird die Unfallrente bewilligt, so steht damit allerdings fest, daß der Versicherte bis zu ihrer Höhe sachlich keinen Anspruch auf das Krankengeld hatte; denn bei Anwendung des § 1511 gebührt ihm das Krankengeld nur soweit, als es die Unfallrente übersteigt." Danach hätte also der Versicherte, indem er das volle Krankengeld erhielt, ohne rechtlichen Grund auf Kosten der Kasse einen Vorteil erlangt, den er nach § 812 BGB. herausgeben muß.

Kein Konkursvorrecht des nach § 531 Abs. 2 RVO. auferlegten Strafbetrags.

11. **Nach Hameln.** Antwort: Das Mehrfache der rückständigen Beiträge, welches die Kasse dem wegen Verletzung der Meldepflicht „Bestraften" nach § 531 Abs. 2 RVO. „auferlegen" kann, hat nicht die Natur eines Beitragsrückstandes, sondern einer Nebenstrafe (zu vgl. hinsichtlich des entsprechenden § 1488: RVA. in ArbVers. 1914 S. 426). Gerade deshalb mußte in § 531 Abs. 2 Satz 2 die Beitreiblichkeit des auferlegten Betrages ausdrücklich vorgeschrieben werden, während sich diese von selbst aus § 28 ergeben hätte, wenn es sich dabei um einen Beitragsrückstand handelte (vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2b zu § 28). Da der Abs. 3 des § 28 über das Vorzugsrecht der Beitragsrückstände auf die Nebenstrafe aus § 531 Abs. 2 nicht für anwendbar erklärt ist, steht der Kasse wegen des dem Bestraften auferlegten Strafbetrags das Vorrecht des § 61 Nr. 1 der KrankOrdg. nicht zu. Demgemäß gilt auch im Verfahren der Geschäftsaufsicht für die Forderung der Kasse nicht der § 13 Ziff. 5 der Bek. v. 14. 12. 16 (RGBl. S. 1363), und es findet daher wegen des auferlegten Betrags eine Zwangsvollstreckung gegen den unter Aufsicht stehenden Schuldner nach § 6 Abs. 2 der Bek. nicht statt.

Umgehung des bestimmten Krankenhauses bei der erweiterten Krankenhauspflege.

12. **Nach Berlin-Friedenau.** Antwort: Daß der Streit vor die ordentlichen Gerichte gehört, ist nicht zweifelhaft. Es handelt sich ja nicht um einen Anspruch der Versicherten auf Kassenleistung, sondern um einen Anspruch eines Dritten gegen die Kasse auf Ersatz von Aufwendungen für die erkrankte Versicherte. Ein solcher Anspruch, der nur auf Geschäftsführung ohne Auftrag oder grundlose Bereicherung der Kasse gegründet werden könnte, gehört nicht vor die Versicherungsbehörden. — In der Sache selbst fehlt es zunächst an allen Angaben über die Art der Beschäftigung des Mädchens. Daß sie zur Erlernung des Haushalts gegen freien Unterhalt und Taschengeld bei vollem Familienanschluß aufgenommen war, läßt aber darauf schließen, daß sie auch eine Arbeitspflicht hatte, für die sie Unterhalt und Taschengeld als Entgelt bezog. Sie war daher Pflichtmitglied der Landkrankenkasse entweder als Dienstbote oder als häusliche Angestellte auf Grund der Bek. v. 23. 5. 14 (ArbVers. 1914 S. 401). Da sie arbeitsunfähig erkrankt war, hatte sie Anspruch auf erweiterte Krankenpflege, falls solche im dortigen Bezirk satzungsmäßig vorgesehen ist (§§ 426 ff. RVO.), d. h. es war ihr statt der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause zu gewähren (§ 429). Hierbei gilt aber die allgemeine Vorschrift des § 371, wenn die Satzung eine entsprechende Bestimmung enthält. Die Kasse kann dann die Bezahlung eines von ihr nicht bestimmten Krankenhauses ablehnen, wenn nicht ein dringender Fall vorlag. Daß ein solcher vorgelegen habe, ist aus Ihren Angaben nicht zu entnehmen. Der Vater der Versicherten hat daher, wenn er die Kosten der eigenmächtig und heimlich veranlaßten Pflege in einem von der Kasse nicht bestimmten Krankenhause bezahlte, nichts geleistet, wozu die Kasse verpflichtet war. Sein Ersatzanspruch ist also unbegründet.

Wirkung des Übertritts in eine niedere Lohnstufe (§ 313 RVO.).

13. **Nach Herten i. W.** Antwort: Der Übertritt des Weiterversicherten in eine niedere Lohnstufe ist jederzeit statthaft. Zu vgl. die Entsch. in ArbVers. 1915 S. 275, der das Reichsversicherungsamt beigetreten ist (Entsch. 2001 Amtl. Nachr. 1915 S. 446). Wir nehmen aber an, daß, entsprechend dem § 318 Abs. 3 RVO. die Wirkung des Übertritts, wenn nicht die Satzung anders bestimmt, erst mit der nächsten Beitragszahlung beginnt. Nach dem Wortlaut betrifft diese Vorschrift allerdings nur eine Änderung der Lohnstufe infolge einer Änderung des Lohnes; aber nach dem Zwecke der Vorschrift, die auf Vereinfachung abzielt und einem praktischen Bedürfnis entspricht, erscheint eine sinngemäße ausdehnende Auslegung geboten.

Erneuerung des früheren Befreiungsantrages nach Einführung der Versicherungspflicht der russisch-polnischen Arbeiter erforderlich.

14. **Nach E.** Frage: Ein Rittergutsbesitzer hat die von ihm beschäftigten russisch-polnischen Arbeiter im März 1914 von der Krankenversicherungspflicht auf Grund des § 418 RVO. befreien lassen. Die Arbeiter haben ihre Arbeitsstelle bis heute nicht gewechselt. Nachdem die russisch-polnischen Arbeiter vom 1. Dezember 1914 ab versicherungsfrei, vom 20. November 1916 ab aber wieder versicherungspflichtig erachtet worden sind, ist von der Kasse der Arbeitgeber um Einreichung eines neuen Befreiungsantrages ersucht worden, weil auch der Genehmigungsbescheid aus dem Jahre 1914 sich nur auf die Zeit der damaligen versicherungspflichtigen Beschäftigung, die mit dem 1. 12. 14 endete, erstreckte. Der Arbeitgeber hat diesem Ersuchen stattgegeben, weigert sich aber, die bis zum Tage des Eingangs des erneuten Ergänzungs-Befreiungsantrages geforderten üblichen Kassenbeiträge zu zahlen, weil für dieselben Leute bereits im Jahre 1914 die Befreiung genehmigt worden ist. Die Kasse ist der Ansicht, daß diese Befreiungsgenehmigung mit dem Aufhören der versicherungspflichtigen Beschäftigung ihre Geltung verloren hat.

Antwort: Wir treten der Ansicht der Kasse bei. In dem Augenblicke, da infolge der von der Behörde erlassenen Aufenthaltsbeschränkungen die russisch-polnischen Arbeiter nach der damaligen Rechtslage versicherungsfrei wurden, wurde die von der Kasse auf Grund des Antrages ausgesprochene Versicherungsbefreiung hinfällig; der Antrag und die Entscheidung der Kasse änderten nichts mehr an dem Rechtszustand. Infolgedessen mußte der Antrag wiederholt werden, sobald infolge Änderung der gesetzlichen Vorschriften Versicherungspflicht eintrat. Denn es war keineswegs selbstverständlich, daß der Arbeitgeber auch jetzt noch die Befreiung wünschte,

Digitized by Google

da ihm diese weitgehende Verpflichtungen auch gegenüber der Kasse auferlegte. Daher bestand Versicherungspflicht und müssen Beiträge entrichtet werden bis zu dem Augenblick, da der Antrag erneuert wurde.

Umgehung der bestimmten Hebamme bei der Kriegswochenhilfe.

15. Nach Rothenburg O/L. Frage: Eine Wöchnerin hat aus irgendwelchen Gründen nicht die zuständige Hebamme in Anspruch genommen, sondern die benachbarte und beansprucht Erstattung der Kosten. Da wir Geburtshilfe in natura gewähren, so entstehen uns hierdurch erhebliche Mehrkosten. Es fragt sich nun, ob wir hierzu verpflichtet sind und nicht nur, wie bei Krankheitsfällen, die Kosten der ersten Hilfe erstatten brauchen. Wie hat sich zutreffenfalls die Kasse zu verhalten, wenn die Bezirkshebamme durch Krankheit verhindert ist, Geburtshilfe und Wochenbesuche zu leisten?

Antwort: Wir nehmen an, daß der Kassenvorstand den im § 4 der Bek. v. 3. 12. 14 vorausgesetzten allgemeinen Beschluß gefaßt hat, statt der baren Beihilfen freie Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren. Dann ist jedenfalls eine unmittelbare Anwendung des nur für ärztliche Behandlung im Rahmen der Krankenversicherung geltenden § 368 RVO. ausgeschlossen, und es kann sich nur fragen, ob man zu einer entsprechenden oder ähnlichen Beurteilung auf Grund des Sinnes und Zweckes des § 4 der Bek. gelangt. Sicher ist vorweg, daß es der Kasse, die von dem Wahlrecht aus § 4 Gebrauch macht, auch zustehen muß, die Kosten der Gewährung der Sachleistungen dadurch in angemessenen Grenzen zu halten, daß sie die Wöchnerinnen auf bestimmte mit der Kasse in Verbindung stehende Hebammen und Ärzte verweist und daß die Wöchnerin die Rechtslage der Kasse nicht unbillig erschweren darf, indem sie sich an beliebige andere Personen wendet. Fraglich kann nur sein, ob die Kasse im Falle grundloser Umgehung der bestimmten Hebamme oder des bestimmten Arztes die Bezahlung schlechthin oder nur die Bezahlung der dadurch für die Kasse entstandenen Mehrkosten ablehnen kann. Mit Krause, Kriegswochenhilfe, 2. Aufl. Bd. I S. 62 nehmen wir ersteres an, weil es sich nicht nur um eine Kosten-, sondern auch um eine Ordnungs- und Kontrollfrage handelt. Anderseits aber wird man, entsprechend wie nach § 368 RVO., auch hier gelten lassen müssen, daß die Kasse die Bezahlung der Kosten in den Grenzen des Notwendigen nicht ablehnen kann, wenn die Umgehung durch Dringlichkeit geboten war.

Anwendung des § 178 RVO. auf ältere Fälle? Bindende Bedeutung der Entscheidung nach § 405 Abs. 2, 3 nur für den Einzelfall.

16. Nach E. Antwort: Nach § 178 RVO. erlischt die Versicherungsberechtigung in allen Fällen, wenn das regelmäßige Jahreseinkommen 4000 ℳ übersteigt. Die Kasse hat, wenn sie dies erfährt, nach § 314 Abs. 2 zu verfahren. Ob das auch für Personen gilt, die jene Einkommensgrenze vor dem Inkrafttreten der RVO. überschritten haben, war streitig. Das Reichsversicherungsamt hat die Frage bejaht (ArbVers. 1914 S. 523) im Gegensatz zu den Ausführungen von Hahn das. 1912 S. 25 ff. und Mayer das. 1913 S. 836; zu vgl. auch ArbVers. 1914 S. 98, 159, 283, 525. Nachdem nun im vorliegenden Falle das Versicherungsamt bewußt abweichend von der Ansicht des RVA. entschieden hat und Beschwerde hiergegen in der gesetzlichen Frist nicht erhoben worden ist, muß es infolge der Rechtskraft dabei sein Bewenden behalten, was aber nicht ausschließt, daß in anderen Fällen gleicher Art die Kasse es wieder auf das Streitverfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. ankommen lassen und die in gleichem Sinn ergehende Entscheidung durch Beschwerde anfechten kann. Denn die Rechtskraft der Entscheidung und ihre bindende Bedeutung (§ 405 Abs. 3) beschränkt sich nur auf den von der Entscheidung betroffenen Einzelfall.

Wem ist nach dem Tode des Versicherten das rückständige Krankengeld zu zahlen?

17. Nach Altenburg. Antwort: Der § 203 RVO. bezeichnet nur die Bezugsberechtigten für das Sterbegeld und ist nicht entsprechend anzuwenden, wenn beim Tode des Versicherten andere Barleistungen rückständig sind. Der Anspruch auf solche Rückstände, insbesondere auf Krankengeld, geht vielmehr nach allgemeinen Grundsätzen auf die Erben des Verstorbenen über (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 36), also auf diejenigen, die nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts auf Grund einer letztwilligen Verfügung oder, beim Mangel einer solchen, kraft Gesetzes zur Erbschaft berufen sind. Die Erben müssen sich als solche durch Vorlegung des Testaments oder einer gerichtlichen Erbbescheinigung oder sonst in glaubhafter Weise ausweisen. Will einer von mehreren Erben das Krankengeld erheben, so muß er Vollmacht der übrigen Erben (nicht, wie Sie meinen, eine „mit Wissen des Verstorbenen" ausgefertigte Vollmacht) vorlegen (§ 45 der Mustersatzung für Ortskrankenkassen).

Kosten eines der ärztlichen Behandlung vorangegangenen Tierversuchs.

18. Nach Berlin. Antwort: Die Kasse hätte die Bezahlung der Kosten für den Tierversuch an die Klinik, in welcher der Versicherte (auf wessen Veranlassung?) behandelt wurde, ablehnen sollen, weil ein solcher der ärztlichen Behandlung vorausgehender Versuch nicht einen Teil der Behandlung des Versicherten bildet. Er gehört nicht zur Untersuchung des Versicherten, sondern zielte auf Feststellung der Wirksamkeit des anzuwendenden Mittels ab. Dies mag notwendig gewesen sein; aber eine solche Untersuchung hat, wie andere zu Studienzwecken unternommene Versuche, eine allgemeine Bedeutung, und die Kosten dafür dürfen nicht dem Einzelfalle zur Last gelegt werden, der nur den Anlaß für den Versuch abgegeben hat. Keinesfalls kann die Kasse die unseres Erachtens grundlos von ihr erforderten Kosten vom Ärzteverein mit der Begründung zurückfordern, daß diese Kosten durch das vertragsmäßige Pauschhonorar für ärztliche Behandlung mit abgegolten seien.

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1891 von G. Schmitz, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Heft 1194 der ganzen Folge.

24. Jahrgang | 21. Dezember 1917 | Heft 36

Zur Bewegung gegen die Sonderversicherung der Privatangestellten.

Vorbemerkung der Schriftleitung:

Unsere Zeitschrift hat in 1916 S. 522, 641 und 1917 S. 115, 407, 451, 643 Mitteilungen veröffentlicht, die den Streitstand ungefähr kennzeichnen und die Frage teils im Sinne der Notwendigkeit der Verschmelzung mit der Invalidenversicherung, teils im entgegengesetzten Sinne beantworten, teils auch die Frage als noch der Klärung bedürftig ansehen. Im „Berliner Tageblatt" v. 23. Oktober 1917 hat Dr. Doormann, Mitglied des Reichstags, einen Aufsatz veröffentlicht, der davon ausgeht, es sei „schlechterdings unbegreiflich", weshalb neuerdings eine so grundlegende Umgestaltung öffentlich erörtert und damit lebhafte Beunruhigung in die Kreise der Privatangestellten getragen werde. Es gebe eben stets Leute, deren auf ein bestimmtes Ziel eingestelltes Denken trotz der größten Weltereignisse in den gewohnten Bahnen weiterlaufe und denen ihre Lieblingsideen für viel zu wichtig dünken, um sie bis zu einer passenden Gelegenheit für sich behalten zu können. Und weiterhin wird gefragt, ob denn seit dem 1. Januar 1913 etwas geschehen sei oder Erfahrungen vorlägen, die es wünschenswert machen, auf die ehemals einmütig vom Reichstag verworfene Organisation (der Angestelltenversicherung im Rahmen der allgemeinen Arbeiterversicherung) zurückzugreifen. Rücksichten der Sparsamkeit könnten eine Verschlechterung der Versicherungsbedingungen nicht rechtfertigen. Überdies würde auch nur eine sehr bescheidene Ersparnis an Verwaltungskosten möglich sein, während anderseits die Angestelltenversicherung ihre Kapitalien wesentlich günstiger ausnütze, da sie freier in der Anlegung gestellt sei, als die Invalidenversicherung. Ein Nutzen aus der Zusammenlegung sei für die Angestelltenversicherung nicht zu erkennen, und es bleibe nur übrig, ihn auf der Seite der Invalidenversicherung zu suchen. Bei der Tagung der Landesversicherungsanstalten in Heidelberg im Juni 1917 sei eine Verminderung der Kapitaldeckung bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gefordert worden. Dafür sei wohl mitbestimmend gewesen, daß die Verhältnisse der Kriegsjahre, infolge verminderter Einnahmen und vermehrter Ausgaben, die Bilanzen der Landesversicherungsanstalten ungünstiger gestaltet hätten. Der deshalb aufgetauchte Verdacht einer Absicht der Sanierung aus den Mitteln der Angestelltenversicherung — der, wenn er begründet wäre, allerdings stark aufreizend wirken müßte — sei gleichwohl nicht gerechtfertigt; aber es sei zu bedauern, daß überhaupt Anlaß gegeben worden sei, die Verminderung der Kapitaldeckung bei der Invalidenversicherung, über die sehr wohl zu reden sei, in Zusammenhang zu bringen, mit der Aufhebung der Sonderversicherung für Angestellte, von der man besser täte, nicht weiter zu reden.

Wir haben einige namhafte Sozialpolitiker und Kenner des Reichsversicherungsrechts ersucht, zu den Ausführungen Doormanns Stellung zu nehmen und teilen die bisher eingegangenen Äußerungen mit.

Um eine mögliche Mißdeutung unserer Absicht auszuschließen, sei bemerkt, daß wir unsere Umfrage an eine Reihe von Sachverständigen, *ohne Rücksichtnahme auf ihre mutmaßliche Stellung zur Streitfrage*, gerichtet haben, daß aber ein Teil von ihnen sich mit Behinderung entschuldigt, ein anderer Teil noch nicht geantwortet hat. Wir halten einstweilen das Ergebnis der Umfrage noch nicht für abgeschlossen. — Es schreiben:

1. Landesrat Dr. Brunn in Berlin:

Wenn Doormann die Frage, ob Erfahrungen vorliegen, die eine Änderung der gewählten Organisation der Angestelltenversicherung wünschenswert machen, glatt verneint, so zeigt er damit, daß ihm die praktischen Verhältnisse, wie sie sich seit dem Inkrafttreten des AngestVersGes. entwickelt haben, gänzlich unbekannt geblieben sind. Offenbar stützt er sich in seinen Ausführungen völlig auf die Angaben eines Gewährsmannes, der, wie man annehmen darf, der Verwaltung der Reichsversicherungsanstalt nicht fern steht. Es kann Doormann nur geraten werden, aus der mehr und mehr anschwellenden Literatur über die Mißstände, die in der Angestelltenversicherung eine Folge der Sonderorganisation sind, sich die ihm offenbar fehlende Kenntnis der Tatsachen zu verschaffen.

Darin ist Doormann ohne weiteres zuzustimmen, daß eine „Verschlechterung der Versicherungsbedingungen", wie er es nennt, für die Angestellten auf keinen Fall eintreten darf. Wenn es in verschiedenen Streitschriften, die für die Beibehaltung des jetzigen Zustandes eintreten, so dargestellt wird, als sollten die Rechte der Angestellten selbst angetastet werden, so ist das eine Fälschung der Wahrheit. Keiner von den Verfechtern einer Umänderung der jetzigen Organisation denkt daran, die Lage der Angestellten zu verschlechtern. Vielmehr würde ihre Lage

Digitized by Google

nach verschiedenen Seiten hin durch die angeregte Reform der Angestelltenversicherung wesentliche Verbesserungen erfahren.

Doormann rückt die Frage der Ersparnis von Verwaltungskosten in den Vordergrund seiner Betrachtung. Wir geben ihm gern zu, daß man hiermit allein die Notwendigkeit einer Reform der Angestelltenversicherung schwerlich begründen kann. Freilich so einfach, wie Doormann sich die Frage der Verwaltungskosten vorstellt, liegt sie doch nicht. Man darf nicht vergessen, daß die Angestelltenversicherung trotz fünfjährigen Bestehens sich noch immer im Stadium der Einführung befindet. Bisher haben die ordentlichen Leistungen (Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten) überhaupt noch nicht begonnen. Bisher ist für das ganze Deutsche Reich erst ein einziger Rentenausschuß in Berlin eingerichtet, der so überlastet ist, daß er nach der Bekanntmachung in den amtlichen Nachrichten der Reichsversicherungsanstalt vorläufig nur einen Teil der ihm obliegenden Aufgaben erledigen kann. Wie sollen die Zustände erst werden, wenn die Rentenanträge stark einsetzen? Es ist völlig ausgeschlossen, die Versicherten in allen deutschen Gauen immer auf den Weg schriftlichen Verkehrs mit dem einen Rentenausschuß in Berlin zu verweisen. Den Berechtigten würde dadurch die Möglichkeit, ihre Rechte bei der zuständigen Stelle persönlich wahrzunehmen, in vielen Fällen geraubt werden. Das künstliche Gebilde der Ortsausschüsse der Vertrauensmänner wird hier nichts helfen. Bisher hat sich die Tätigkeit der Reichsversicherungsanstalt, wenn wir vom Heilverfahren absehen, im wesentlichen auf die Einnahme der Beiträge beschränkt. Aber auch hier sehen wir ein völliges Versagen. Mit Recht hat die „Arbeitsgemeinschaft für das einheitliche Angestelltenrecht" in einer Eingabe an Bundesrat und Reichstag darauf hingewiesen, daß nach dem eigenen Geschäftsbericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt im Jahre 1916 die Beiträge für fast 900 000 Versicherte nicht eingegangen sind. Das ist die Folge des Fehlens jeder Kontrolle der Beitragsentrichtung. Auch die eigene Kontrolle der Versicherten wird ja durch die von der Reichsversicherungsanstalt eingeführte Art der Beitragsentrichtung ausgeschaltet. Welche schweren Schädigungen die Angestellten durch diese Zustände in ihrem Versicherungsverhältnis erleiden, liegt auf der Hand.

Wie hoch werden die Verwaltungskosten wohl sein, wenn die hier kurz angedeuteten Lücken erst ausgefüllt werden und die Angestelltenversicherung wirklich ordentlich funktioniert? Dann werden sie sicher ein Vielfaches der jetzigen Summe betragen, zumal wenn man bedenkt, daß schon bei dem jetzigen Zustande 3000 Beamte und Angestellte gebraucht werden, abgesehen von den unzähligen Ehrenbeamten, die als Vertrauensmänner tätig sind. Dabei wollen wir von dem m. E. ungeheuerlichen Plan eines Verwaltungsgebäudes für, sage und schreibe, zehn Millionen Mark absehen. Die Ausführung dieses Planes, die durch die Zeitumstände bisher verhindert ist, wird bei der starken Steigerung der Arbeitslöhne und Preise für Materialien sicherlich noch um etliche Millionen teurer werden. Mir will es scheinen, als wenn bei einer Eingliederung der Angestelltenversicherung in die Invalidenversicherung „die Ersparnis" von Verwaltungskosten nicht gar so bescheiden sein würde, wie Doormann glauben machen will.

Wenn dann Doormann weiter darauf hinweist, daß die Angestelltenversicherung ihre Kapitalien günstiger ausnütze als die Invalidenversicherung, so trifft das wohl nicht zu. In der Angestelltenversicherung betrug die durchschnittliche Verzinsung 4,75 v. H., bei den Trägern der Invalidenversicherung dagegen nur 3,92 v. H. Es ist nur erstaunlich, daß gerade ein liberaler Abgeordneter diese Thesaurierungspolitik preist. In den Kreisen, die praktische Wohlfahrtspflege üben, denkt man anders darüber. Vielleicht erkundigt sich Doormann einmal bei den großen Baugenossenschaften, die den Übelständen im Kleinwohnungswesen abhelfen wollen, wie man dort die Praxis der Reichsversicherungsanstalt beurteilt. Allerdings behauptet Doormann, daß die Reichsversicherungsanstalt infolge der besseren Ausnutzung ihrer Kapitalien „recht erhebliche Mittel für außerordentliche Leistungen während der Kriegszeit bereitstellen konnte". Leider verschweigt er uns, welche außerordentlichen Leistungen das sind. Es wäre doch interessant gewesen, darüber näheres zu hören. Bisher ist von diesen „außerordentlichen Leistungen" nichts in die Öffentlichkeit gedrungen.

Auf die sonstigen Bemerkungen Doormanns einzugehen, kann einer späteren Zeit vorbehalten werden.

2. Geheimer Regierungsrat **Dittmann**, Vorsitzender des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt Oldenburg,

hat uns eine eingehendere Abhandlung über die Frage in Aussicht gestellt, die wir besonders veröffentlichen werden.

3. Geheimer Regierungsrat Dr. **Freund**, Vorsitzender des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt Berlin:

Am 2. März 1905 führte der damalige Staatssekretär Graf Posadowsky im Reichstage aus: „Wenn wir heute res integra hätten, würde doch kein vernünftiger Mensch, glaube ich, daran denken, eine besondere Organisation der Krankenversicherung, eine besondere Organisation der Unfallversicherung und eine besondere Organisation der Alters- und Invalidenversicherung zu schaffen."

Daß wenige Jahre nach diesen Ausführungen der Reichstag ein Gesetz annehmen konnte, wonach in einen der drei großen Zweige der Versicherung noch eine weitere Zersplitterung hineingetragen werden sollte, das hätte man wohl kaum für möglich gehalten. Und doch ist es geschehen, aber wie ich glaube, weniger aus sachlichen und versicherungstechnischen Gründen, als aus politischen Erwägungen.

Wenn damals die sozialdemokratische Arbeiterschaft dieselbe Stellung zur Staatsregierung gehabt hätte wie heute, so würde man schwerlich daran gedacht haben, eine Trennung von Angestellten und Arbeitern vorzunehmen. Diese Trennung ist unsozial und sachlich in keiner Weise begründet. Die Kreise der Angestellten und der Arbeiter fallen vielfach zusammen, so daß ein großer Teil der in Betracht kommenden Personen sowohl bei der Arbeiterversicherung, wie bei der Angestelltenversicherung versichert ist.

Es ist des weiteren nicht einzusehen, warum den Angestellten größere Vorteile aus der Versicherung zugewendet werden sollen, als den Arbeitern.

Der für die Durchführung der Angestelltenversicherung geschaffene Apparat ist ein viel zu schwerfälliger, als daß er den Bedürfnissen entsprechend arbeiten könnte. Die äußerste Zentralisation in einer Reichsanstalt vermag nicht die Kleinarbeit zu leisten, welche für eine segensreiche Durchführung der Ver-

Digitized by Google

sicherung nötig ist. So mußte auch der Bericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Geschäftsjahr 1916 feststellen, daß bei einem Bestande von rund 350 000 Arbeitgebern monatlich im Durchschnitt nur von rund 150 000 Arbeitgebern, also noch nicht einmal von der Hälfte, Beiträge eingezahlt wurden. Ebenso ist festgestellt worden, daß zwischen der Zahl der gemeldeten und der zahlenden Versicherten eine Differenz von fast 900 000 Versicherten besteht. Diese fast unglaublich mangelhafte Durchführung der Versicherung ist lediglich auf die schwerfällige Organisation zurückzuführen und schädigt am meisten die Angestellten selbst.

Auch die Durchführung des Heilverfahrens für die versicherten Angestellten ist bei der bestehenden äußersten Zentralisation bei weitem nicht mit der Sorgfalt und in dem Umfange durchzuführen, wie bei der dezentralisierten Arbeiterversicherung, die auf die speziellen Bedürfnisse der einzelnen Bezirke Rücksicht nimmt.

Wie ich von vornherein auf dem Standpunkt gestanden habe, daß die Versicherung der Angestellten durch die Arbeiterversicherung erfolgen soll, so stehe ich auch jetzt auf dem Standpunkt, daß es wünschenswert ist, die unzweckmäßige Organisation der Angestelltenversicherung aufzulösen und die Versicherten der Arbeiterversicherung zu überweisen. Es ist durchaus möglich im Rahmen der Arbeiterversicherung etwaigen besonderen Bedürfnissen der Angestellten entgegenzukommen. Der Fehler, der gemacht worden ist, darf nicht verewigt werden und jetzt ist es noch an der Zeit, ihn rückgängig zu machen.

4. Geheimer Justizrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin):

Ich halte mich zur Prüfung der verwickelten Frage in allen in Betracht kommenden Einzelheiten und zu einem abschließenden Urteile nicht für berufen, glaube aber auf einige offenkundige Lücken und Irrtümer in den Ausführungen Doormanns hinweisen zu dürfen. Er erinnert daran, daß der Gedanke, einer den Bedürfnissen der Angestellten entsprechenden Versicherung durch Erweiterung des Rahmens der Arbeiterversicherung zu genügen, doch früher schon „mit allem nur wünschenswerten Nachdruck und unter Aufgebot aller nur denkbaren Gründe" vertreten worden, von der Gesetzgebung aber im Jahre 1911 „unter voller Würdigung dieser Gründe" abgelehnt worden sei; sie habe damit den Wünschen der übergroßen Mehrzahl der organisierten Angestellten entsprochen. Hieran schließt Doormann die Frage, ob seitdem etwas geschehen sei oder Erfahrungen vorliegen, die es wünschenswert machen, auf den abgelehnten Gedanken zurückzugreifen. Die Antwort auf diese Frage ist nicht schwer. Seit 1911 oder 1913 (dem Geltungsbeginn des Versicherungsgesetzes für Angestellte) ist in der Tat etwas geschehen, was wohl eine Überprüfung der getroffenen Entscheidung rechtfertigen kann: ein ungeheurer Krieg ist ausgebrochen, in dem die Nation um ihr Bestehen ringt und der sie mit einer unerhörten Milliardenschuld belastet. Da sollte man zunächst die Ersparnis nicht gering achten, die schon jetzt, wie Doormann anerkennt, bei der Verschmelzung der Angestellten- mit der Invalidenversicherung sich ergeben würde; und man sollte nicht außer acht lassen, daß die besonderen Kosten der Angestelltenversicherung und folglich die Möglichkeiten der Ersparnis sich vervielfältigen werden, wenn erst nach Ablauf der Wartezeiten Ansprüche auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten erwachsen und in immer steigendem Maße geltend gemacht werden. Vor allem aber rechtfertigt der Krieg mit seinen Folgeerscheinungen eine erneute Prüfung der Frage auch unter sozialen Gesichtspunkten. Das Gemeinschafts- und Gleichheitsgefühl der schaffenden Kräfte des Volkes, die jetzt draußen im Felde in bewunderungswürdiger Geschlossenheit ringen und sich opfern oder daheim einmütig und freudig Hilfsdienste leisten, ist mächtig erstarkt. Ist es da nicht peinlich und bedenklich, daß das Bestehen der Sondereinrichtungen für die Angestelltenversicherung beständig daran erinnert, daß von dem großen Heere der Kämpfenden und der Schaffenden die Klasse der „Angestellten" sorgfältig abgesondert wird von den anderen, die „nur Arbeiter" sind? Und hat es überhaupt noch einen Sinn, jene unzeitgemäße künstliche ständische Absonderung, die auf einem höchst unsicheren Unterscheidungsmerkmal beruht und in der Praxis zu endlosen unerfreulichen Streitigkeiten führt, aufrecht zu erhalten, zumal da überdies weitaus die Mehrheit der als Angestellte Versicherten zugleich der Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung unterliegt?

Es mag sein, daß manche Angestellte durch die auf Verschmelzung der beiden Versicherungszweige abzielende Bewegung beunruhigt sind. Dann hat das aber seinen Grund in demselben Irrtum, dem Doormann unterliegt und den er nährt, wenn er von einer „Verschlechterung der Versicherungsbedingungen" spricht. Davon ist nicht die Rede. Es handelt sich im wesentlichen nur um eine Frage der Organisation: ob und wie die für die Invalidenversicherung bestehenden Einrichtungen zugleich für die Versicherung der Angestellten nutzbar gemacht werden können und sollen, ohne Eingriff in ihre durch das geltende Sondergesetz begründete Rechtslage. Dies ist sehr klar ausgedrückt in einer Eingabe, die im September 1917 von der „Arbeitsgemeinschaft für das einheitliche Angestelltenrecht" dem Bundesrat und dem Reichstag überreicht worden ist. Sie tritt für eine „organisatorische Zusammenlegung" der Angestellten- mit der Invalidenversicherung ein, zeichnet die Richtlinien dafür im Anschluß an die von fachmännischer Seite gemachten Vorschläge vor, und betont am Schlusse noch besonders, „daß für die jetzt der Angestelltenversicherung unterstehenden Personen keinerlei Verschlechterung" eintreten soll.

Die „Arbeitsgemeinschaft" war in der günstigen Lage, ihr Gesuch im wesentlichen auf die eigenen Geständnisse des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in den Jahresberichten gründen zu können. Neben den unerquicklichen, endlosen Streitigkeiten darüber, ob jemand „nur" Arbeiter sei oder als Angestellter unter die Sonderversicherung falle, spielt dabei eine besondere Rolle die erwiesene Schwierigkeit oder eigentlich Unmöglichkeit, auch nur die zweifellos vorhandenen versicherungspflichtigen Angestellten vollständig zu erfassen und ihre Arbeitgeber zur Beitragsleistung heranzuziehen. Aus dem Berichte für 1916 hebt die Eingabe folgendes heraus:

> „Wie in früheren Berichten bereits erwähnt, fiel es auch im abgelaufenen Geschäftsjahr wieder auf, daß die Anzahl der bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bekannt gewordenen Arbeitgeber mit der Zahl der Beiträge zahlenden in keinem Verhältnis steht. Über die Ursachen dieser Erscheinung wurden eingehende Erhebungen gemacht, die jedoch zu einem abschließenden Urteil

Digitized by Google

noch nicht geführt haben. Ein großer Teil des Zahlenunterschieds ist auf unregelmäßige Beitragszahlungen zurückzuführen (vgl. Abschnitt H S. 144); ein anderer Teil läßt sich wohl dadurch erklären, daß namentlich kleinere Betriebsunternehmer nur zeitweilig Angestellte beschäftigen. Immerhin müssen auch noch andere Ursachen vorhanden sein, die noch der Aufklärung bedürfen. So wurden im abgelaufenen Geschäftsjahre bei einem Bestande von 352 748 gemeldeten Arbeitgebern monatlich im Durchschnitt nur von 159 882 Arbeitgebern, also noch nicht einmal von der Hälfte, Beiträge eingezahlt. Die gleiche auffällige Erscheinung zeigt sich auch bei der Zahl der gemeldeten und der zahlenden Versicherten. Während 1 976 583 Angestellte Ende 1916 zur Angestelltenversicherung gemeldet und noch nicht wieder endgültig in Abgang gestellt sind, wurden Beiträge verbucht im:

Monat	Januar	1916	für 978 345	Versicherte
„	Februar	1916	„ 1 036 431	„
„	März	1916	„ 1 293 007	„
„	April	1916	„ 925 604	„
„	Mai	1916	„ 1 119 819	„
„	Juni	1916	„ 1 181 269	„
„	Juli	1916	„ 962 033	„
„	August	1916	„ 1 294 564	„
„	September	1916	„ 1 135 361	„
„	Oktober	1916	„ 1 458 100	„
„	November	1916	„ 1 148 677	„
„	Dezember	1916	„ 981 125	„
	zusammen		für 13 514 335	Versicherte

Um den Monatsdurchschnitt der zahlenden Versicherten zu erhalten, muß die Schlußzahl der vorstehenden Übersicht durch 12½ geteilt werden, da die Monate des Geldeingangs und der Verbuchung nicht zusammenfallen. Es ergibt sich hiernach ein Monatsdurchschnitt von 1 081 147 zahlenden Versicherten. Der große Unterschied von fast 900 000 Versicherten kann nur zum Teil durch unregelmäßige Beitragszahlungen und Einberufungen zum Kriegsdienst erklärt werden."

Es wird dann in der Eingabe dargelegt, daß die Ursachen dieses Mißstandes keineswegs etwa nur in den Kriegsverhältnissen und in der Säumigkeit der Arbeitgeber, sondern ebenso sehr in der mangelhaften Organisation der Angestelltenversicherung, d. h. darin zu suchen sind, daß die Reichsversicherungsanstalt den ihr obliegenden Geschäften nicht gewachsen ist, obwohl sie über 2¾ Tausend Beamte beschäftigt und ihre Verwaltungskosten jährlich (einstweilen!) etwa 5¾ Millionen Mark betragen. Mit Recht wird hervorgehoben, daß unter den gegebenen Verhältnissen die Versicherten keinerlei Kontrolle darüber haben, ob ihre Beiträge überhaupt und insbesondere in der richtigen Gehaltsklasse bezahlt sind und daß zahlreiche Angestellte der Gefahr einer Beeinträchtigung ihrer Rechte durch Nichtabführung der gesetzlichen Beiträge ausgesetzt sind.

Dies viel eher als der Verschmelzungsplan ist geeignet, die Angestellten zu beunruhigen. Ob und wie die Verschmelzung durchführbar ist, ist sicher eine schwierige und verwickelte Frage, die letzten Endes Finanzpolitiker und Versicherungstechniker zu prüfen und zu entscheiden haben werden, da die sozialpolitische Rechtfertigung des Planes, falls er sich als durchführbar erweist, kaum ernsthaft in Frage gestellt werden kann. Jedenfalls aber ist Einspruch zu erheben gegen die abschätzige Art, wie Doormann die Frage beiseite schieben möchte, als handelte es sich nur um eine fixe Idee gewisser „Leute", um eine Art von Zwangsvorstellung, „von der man besser täte, nicht weiter zu reden". Derselbe Wille zur Wahrheit, der Doormann erfreulicherweise davor bewahrt hat, sich gewisse Verdächtigungen der Absichten seiner Gegener anzueignen, dieser Wille zur Wahrheit hätte ihn auch davon abhalten sollen, das Totschweigen der Frage zu empfehlen.

5. Professor Dr. Alfred Manes in Berlin:

Ich habe mich schon im „Berliner Tageblatt" selbst gegen den Aufsatz von Doormann gewendet und stelle meine Äußerung mit geringen Änderungen gern auch für Ihre Umfrage zur Verfügung. Die von Doormann bekämpfte Bewegung findet nicht nur den Beifall hervorragender Parteigenossen Doormanns, sondern auch von Abgeordneten aller übrigen Parteien, ganz abgesehen von namhaften unabhängigen praktischen Sozialpolitikern, Mathematikern und Juristen. Nachdrücklich als falsch muß es bezeichnet werden, daß das Wiederhervortreten der niemals ganz verstummten Forderung einer Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der übrigen Sozialversicherung auf eine Beeinflussung durch das Reichsversicherungsamt, die Landesversicherungsanstalten oder Privatversicherungsbetriebe, wie es in einer besonders tiefstehenden Streitschrift behauptet wird, zurückzuführen sei, mögen zweifelsohne auch hier viele einsichtige und erfahrene Beamte, die das Allgemeinwohl über Sonderinteressen stellen, unserer Bewegung freundlich gegenüberstehen. Ihren Ausgang hat die erneute öffentliche Erörterung der Frage vielmehr von einem kurzen Aufsatz genommen, den ich im Juli 1916 in der von mir geleiteten „Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft" veröffentlicht habe, und dem an gleicher Stelle Abhandlungen von Direktor Dr. Zacher, Privatdozent Dr. Kastel, Professor Dr. Schmittmann und Landesrat Dr. Brunn gefolgt sind, abgesehen von einer Reihe anderer Aufsätze, die den gleichen oder einen ähnlichen Standpunkt wie ich vertreten. Keinerlei persönliche, sondern rein sachliche Gründe leiten die Anhänger dieser Bewegung, während dahingestellt sein mag, ob die gleiche persönliche Uninteressiertheit auf seiten derjenigen nachweisbar ist, die allerdings bei einer Verwirklichung unserer Vorschläge vielleicht einen weniger angenehmen Posten erhalten oder ihr für die Allgemeinheit entbehrliches Amt verlieren würden.

Dem Abg. Dr. Doormann erscheint es „schlechterdings unbegreiflich, aus welchem Grunde neuerdings eine Änderung der Angestelltenversicherung öffentlich diskutiert" wird. Darf ich darauf mit einigen „kurzen Anfragen" an den Herrn Abgeordneten erwidern? Weiß der Abg. Dr. Doormann wirklich nichts von der völligen Umgestaltung der politischen Verhältnisse, die zufolge der neuen in der Sozialdemokratie zur Herrschaft gelangten Richtung seit dem 4. August 1914 ungefähr alle politischen Gründe hinfällig gemacht hat, die zu dem in den letzten Stunden des verflossenen Reichstags überhastet angenommenen Sondergesetz geführt haben? Ist dem Herrn Abgeordneten auch gar nichts bekannt von der allenthalben herrschenden Bewegung für eine Vereinfachung und Verbilligung unserer ganzen Verwaltung? Durch die unlogische Befolgung des österreichischen für uns ganz unmaßgeblichen Vorbildes einer Pensionsversicherung für Angestellte, die dort so wie sie ist, nur zur Einführung gelangte, weil eine Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bis heute in Österreich

Digitized by Google

vollständig fehlt, ist eine Unübersichtlichkeit und eine Verschwendung von Verwaltungskräften und -kosten auf dem Gebiet der Sozialversicherung nach Deutschland gebracht worden, die wenigstens heute und in der künftigen Friedenszeit schlechterdings nicht zu verantworten ist. Kann der Abg. Dr. Doormann leugnen, daß die doppelte Organisation, die doppelte Verwaltung, die doppelte Rechtsprechung, der doppelte Invaliditätsbegriff, die doppelte Beitragszahlung, die doppelten Rentenanwartschaften und -bezüge, die zwei verschiedenen Arten Heilverfahren usw. ungemein verwirrend und höchst abträglich in den weitesten Volkskreisen wirken müssen? Keiner der Gegner unserer Bewegung macht auch nur den geringsten Versuch, eine zutreffende Antwort auf den Hauptvorwurf zu geben, daß lediglich noch keine halbe Million Angestellter durch die Angestelltenversicherung neu in die Sozialversicherung hereingekommen sind, während die übrigen eineinhalb Millionen Angestellten sich bereits in der Arbeiter-Invalidenversicherung befinden, die für 17 Millionen Deutscher trefflich wirkt. Bei einer, ungeachtet aller Gegengründe, kaum vermeidbaren Erhöhung der Lohngrenze in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auf 3000 ℳ würden gar nur noch 135 000 Angestellte übrig bleiben, die sich nicht in dieser allgemeinen Sozialversicherung befinden. Und für diese wenigen will der doch sonst für demokratische Gleichstellung kämpfende Abgeordnete eine besondere, wie er selbst zugibt, schon jetzt recht teure, aber künftig noch viel kostspieligere werdende Standesversicherung rechtfertigen? Ja, glaubt er denn ernsthaft an einen besonderen in sich geschlossenen Stand der gegenwärtig der Sonderversicherung unterstellten Angestellten? Hat Kastel unrecht, wenn er sagt, daß „eine Standesgemeinschaft zwischen dem Leiter einer Bankfiliale, einem Schreiber, der Formulare ausfüllt und dem wissenschaftlichen Hilfsarbeiter an einer Akademie nicht zu finden sei?"

Allein abgesehen von diesen allgemeinen Erwägungen zeigt ein Blick in den kürzlich erschienenen Bericht der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Geschäftsjahr 1916, wie unrecht der Abg. Dr. Doormann hat, wenn er auf die ihn offenbar voll befriedigenden „Erfahrungen der Praxis" hinweist und meint: „Nirgends hören wir Nachteiliges, im Gegenteil." Ist dem Herrn Abgeordneten die an Bundesrat und Reichstag im September gerichtete Eingabe der „Arbeitsgemeinschaft für das einheitliche Angestelltenrecht" unbekannt geblieben, aus der das gerade Gegenteil hervorgeht? Der Bericht der Reichsanstalt beweist aber selbst am deutlichsten die Unzulänglichkeit ihrer Leistungen. Obwohl die Anstalt bisher im wesentlichen nichts anderes zu tun gehabt hat, als die Versicherungspflichtigen heranzuziehen, die Beiträge einzukassieren und anzulegen, ist dies ihr nach ihrem eigenen Eingeständnis auch nicht im entferntesten gelungen. Sie sagt darüber: „Wie in früheren Berichten bereits erwähnt, fiel es auch im abgelaufenen Geschäftsjahr wieder auf, daß die Anzahl der bei der RVA. bekannt gewordenen Arbeitgeber mit der Zahl der Beiträge Zahlenden in keinem Verhältnis steht .... Ein großer Teil des Zahlenunterschieds ist auf unregelmäßige Beitragszahlungen zurückzuführen ..... Immerhin müssen noch andere Ursachen vorhanden sein, die noch der Aufklärung bedürfen. So wurden im abgelaufenen Geschäftsjahre bei einem Bestande von 352 748 gemeldeten Arbeitgebern monatlich im Durchschnitt nur von 159 882 Arbeitgebern, also noch nicht einmal von der Hälfte, Beiträge eingezahlt. Die gleiche auffällige Erscheinung zeigt sich auch bei der Zahl der gemeldeten und der zahlenden Versicherten. Während 1 976 583 Angestellte Ende 1916 zur Angestelltenversicherung gemeldet waren ..... ergibt sich ein Monatsdurchschnitt von 1 081 147 zahlenden Versicherten. Der große Unterschied von fast 900 000 Versicherten kann nur zum Teil durch unregelmäßige Beitragszahlung und Einberufungen zum Kriegsdienst erklärt werden."

Muß ein solch niederschmetterndes Ergebnis nicht auch die bisherigen Anhänger der besonderen Angestelltenversicherung stutzig machen? Ihre Gegner werden aber nicht bekehrt werden, wenn sie in dem gleichen amtlichen Bericht lesen: „Ruhegeld wurde im Jahre 1916 in neun Fällen bewilligt. Die höchste Rente betrug monatlich 75,40 ℳ, die niedrigste 2 ℳ. .... Leibrenten wurden im Berichtsjahr in 237 Fällen bewilligt .... Die bewilligten Leibrenten weisen meist niedrige Beträge auf, die vereinzelt sogar unter 1 ℳ liegen."

Man bedenke: Leibrenten von jährlich weniger als 1 ℳ! Natürlich wird man hiergegen einwenden, das Gesetz sei noch gar nicht voll in Wirksamkeit, vielmehr werde erst nach 5 Jahren dies der Fall sein. Allein ich zweifle nicht daran, daß die Zeit als Bundesgenosse der Befürworter einer Verschmelzung der Angestelltenversicherung wirkt; denn wenn erst die umständliche Doppelorganisation in volle Wirksamkeit getreten und den Versicherten fühlbar geworden sein wird, wie umständlich das Nebeneinander und Gegeneinander der Invaliden- und der Angestelltenversicherung sich geltend macht, wie auch die Bezüge keineswegs in allen Fällen den Erwartungen entsprechen werden, dann wird es nicht an der Unzufriedenheit fehlen, der wir Anhänger der neuen Bewegung gerne beizeiten vorbeugen möchten.

Vor allem ist der Abg. Dr. Doormann aber nicht ausreichend aufgeklärt, wenn er glaubt, daß etwa die Befürworter einer Verschmelzung die Ansprüche der Angestellten in ihrer Gesamtheit irgendwie herabsetzen oder verschlechtern wollten. Gerade das Gegenteil ist richtig: die Angestellten sollen nicht nur nicht beeinträchtigt, sondern wesentlich besser gestellt werden; die etwaigen Ersparnisse aus der Verwaltungsvereinfachung sollen zugunsten der Versicherungsleistungen verwendet werden, namentlich zu einer Erhöhung der gänzlich unzureichenden Waisenrenten. Es handelt sich für uns aber vor allem darum, um dies immer wieder zu betonen, die unnötige und umständliche besondere Verwaltungsorganisation zu beseitigen. Wird das Programm, wie es mir wenigstens heute vorschwebt, durchgeführt, so werden die Angestellten keinen ihnen irgendwie schädlichen Unterschied merken. Fortfallen werden nur die doppelten Zahlungen ebenso wie die doppelten Instanzen und sonstigen Zwiespältigkeiten. Von der Vereinheitlichung betroffen werden lediglich die Beamten der besonderen Behörden der Angestelltenversicherung, die in Fortfall kommen würden.

Der Hauptwiderstand gegen diese Bewegung geht daher ganz naturgemäß von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte aus, die erklärlicherweise nicht wieder verschwinden möchte, noch ehe sie in ihren Palast eingezogen ist, für den vor dem Krieg nicht weniger als 10 Millionen Mark bewilligt worden sind, ganz abgesehen von den hohen Kosten für das teure im vornehmsten Berliner Westen gelegene Grundstück. Wenn man in dieser Anstalt für seine Interessen kämpft, so ist es begreiflich; aber man sollte dann nicht den Angestellten oder wenigstens ihren Führern einreden, daß deren materielle Lage

Digitized by Google

durch die Reform verschlechtert würde, die nichts will als Vereinfachung und rationellere Verwendung der Beiträge wie der Kapitalanlagen.

6. Landesrat Seelmann in Oldenburg:

Der Artikel von Dr. Doormann steht im wesentlichen auf dem Boden der bekannten Blankensteinschen Schrift. Ich gehe auf diese nicht ein, sondern beschränke mich, der mir gestellten Aufgabe gemäß, lediglich auf die Stellungnahme zu dem erwähnten Zeitungsartikel. Nur allgemein möchte ich dem Bedauern darüber Ausdruck verleihen, daß von Gegnern des Verschmelzungsgedankens der Boden der sachlichen Erörterung verlassen ist und den Trägern der Bewegung unrichtige Beweggründe unterstellt werden, wodurch der Eindruck hervorgerufen wird, daß es bei diesen Kreisen mit den sachlichen Gründen nur schlecht bestellt ist.

1. Doormann findet es schlechterdings unbegreiflich, aus welchem Grunde neuerdings eine Änderung der Angestelltenversicherung öffentlich erörtert werde. Und doch liegen diese Gründe klar zutage: die schweren Zeiten, denen wir nach dem Kriege entgegengehen, fordern gebieterisch die Vereinfachung der Verwaltung und die Ersparung überflüssiger Kosten, was ja auf allen anderen Gebieten auch anerkannt wird. Bei der Angestelltenversicherung liegt die Sache nun so: Es handelt sich nicht um einen bestimmten Kreis von Versicherten, die nur der Angestelltenversicherung unterliegen, vielmehr sind drei Viertel der versicherten Angestellten sowohl bei der Invalidenversicherung als auch bei der Angestelltenversicherung versichert. Da lag es von vornherein nahe, nicht eine besondere neue Versicherungseinrichtung zu schaffen, sondern den Bedürfnissen der Angestellten durch einen Ausbau der Invalidenversichermng gerecht zu werden. Das wäre auch möglich gewesen. Der Gesetzgeber hat sich aber seinerzeit anders entschieden. Die Folge davon sind außerordentliche Vermehrung der Arbeit und hohe Kosten. Für drei Viertel der Angestellten müssen die Beiträge doppelt erhoben werden, von der Invalidenversicherung und der Angestelltenversicherung, und wenn erst einmal die Reichsversicherungsanstalt eine gründliche Beitragskontrolle einführen wird, laufen die Kontrollbeamten der beiden Versicherungszweige hintereinander her. Wie nötig die Beitragskontrolle bei der Angestellenversicherung wäre, kann niemand besser beurteilen, als diejenigen, die in der Praxis der Invalidenversicherung stehen.

Wenn die Wartezeit bei der Angestelltenversicherung erfüllt ist, müssen drei Viertel der bei der Reichsversicherungsanstalt versicherten Angestellten doppelte Rentenanträge stellen, sowohl bei der Angestelltenversicherung, wie auch bei der Invalidenversicherung. Es läuft dann alles nebeneinander her, doppelte Ermittlungen, ärztliche Gutachten, Entscheidungen, Berufungen, Revisionen, Rentenzahlungen. Das kostet Berge von Papier, Ströme von Tinte und eine außerordentliche Menge von Beamten. Ich will diese doppelte Arbeit nicht weiter ausmalen, sondern nur noch auf die großen Schwierigkeiten hinweisen, die die Abgrenzung des Kreises der versicherten Angestellten schon bisher verursacht hat und noch weiter verursachen wird. Die Streitigkeiten sind so zahlreich geworden, daß der Rentenausschuß sie jetzt im Kriege nicht bewältigen kann, sondern sie zum großen Teile bis nach dem Kriege zurückstellen muß, während die Organe der Invalidenversicherung in allen ihren Teilen auch während des Krieges leistungsfähig geblieben sind.

Vielleicht — vielleicht! — konnten wir uns dies außerordentliche Mehr an Arbeit und das Heer von neuen Beamten vor dem Kriege leisten. Nach dem Kriege tritt aber die eiserne Notwendigkeit ein zu sparen, und zwar zu sparen an Menschenkraft und an Geld. Da kann es wirklich nicht Wunder nehmen, wenn ebenso wie die Vereinfachung der Arbeiterversicherung, so auch ihre Vereinigung mit der Angestelltenversicherung erörtert wird.

2. Doormann weist selbst auf die außerordentlich hohen Verwaltungskosten der Angestelltenversicherung hin, die — ich folge seinen Angaben — bei 1,74 Millionen Versicherten bereits 4,89 Millionen Mark betragen, das ist auf den Kopf doppelt so viel wie bei der Invalidenversicherung. Er meint, daß hier eine sehr bescheidene Ersparnis möglich sei. Dabei übersieht er, daß die Verwaltungskosten notwendig weiter erheblich steigen müssen, denn der Reichsversicherungsanstalt liegt doch jetzt erst im wesentlichen die Erhebung der Beiträge und das Heilverfahren ob. Die Hauptaufgabe, nämlich die Festsetzung der Renten, kommt erst später. Sie erfordert ein neues Heer von Beamten.

Wenn Doormann anführt, daß die geringe Höhe der Verwaltungskosten bei der Invalidenversicherung sich dadurch erkläre, daß Reichs-, Staats- und Gemeindebehörden viele Arbeit für die Invalidenversicherung unentgeltlich leisten, so ist das an sich richtig. Es muß aber betont werden, daß bei einer Angliederung der Angestelltenversicherung an die Invalidenversicherung sich die Verwaltungsarbeit nur mäßig vermehrt hätte, denn es macht keinen Unterschied, ob die Post billige oder teuere Marken verkauft, geringere oder höhere Renten auszahlt usw. Die doppelten Beiträge, Quittungskarten und Renten werden eben vermieden.

3. Doormann ist der Ansicht, daß durch die Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente auf 65 Jahre bei der Invalidenversicherung ein wesentlicher Unterschied zwischen der Invaliden- und der Angestelltenversicherung in Wegfall gekommen sei. Vielleicht ist es richtiger zu sagen, daß dieser Unterschied dadurch nur noch größer geworden sei, und zwar zu ungunsten der Angestelltenversicherung. Denn bei der Invalidenversicherung wird bekanntlich die Altersrente bei Vollendung des 65. Lebensjahres ohne weiteres gewährt, sofern nur die Wartezeit erfüllt ist. Auf den Verdienst des Versicherten kommt es dabei nicht an. Die Angestelltenversicherung dagegen gewährt das Ruhegeld mit 65 Jahren nur dann, wenn das Einkommen des Versicherten aus gewinnbringender Beschäftigung und aus Renten der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung nicht einen bestimmten Betrag erreicht. Dieses hat Doormann übersehen, wie die Versicherten es meist auch tun.

4. Wenn Doormann erneut darauf hinweist, daß die Anerkennung der Berufsunfähigkeit einen wesentlichen Vorteil der Angestelltenversicherung bildet, so liegt auch hier ein Irrtum vor. Die Wissenschaft ist darüber einig, daß Invalidität im Sinne der RVO. und Berufsunfähigkeit im Sinne des AVG. gleichbedeutend sind. Der Unterschied liegt lediglich darin, daß die Grenze bei der Angestelltenversicherung nicht bei 33⅓ v. H., sondern bei 50 v. H. liegt. Ob dieses in der Praxis von großer Bedeutung sein wird, muß sich erst zeigen. Es wird von vielen bezweifelt. Jedenfalls werden die Vorteile durch die lange Wartezeit der Angestelltenversicherung bei weitem nachzuholen.

5. Daß die Hinterbliebenenfürsorge bei der Angestelltenversicherung günstiger ist, ist nicht zweifelhaft.

Digitized by Google

Aber in diesem Punkte hätte die Invalidenversicherung verbessert werden können und müssen.

6. Daß die Reichsversicherungsanstalt ihr Vermögen besser ausnutzt als die Invalidenversicherung, indem sie es zu höherem Zinsfuß anlegt, ist nicht zu bestreiten. Dies geschieht aber auf Kosten des Versicherten. Denn wenn die Landesversicherungsanstalten einen durchschnittlich geringeren Zinsfuß erzielen, so ist das die Folge davon, daß sie ihr Vermögen zu einem mäßigen Zinsfuß für Wohlfahrtszwecke, insbesondere für den Wohnungsbau der Versicherten zur Verfügung stellen. Es wird wohl niemand fordern, daß die Landesversicherungsanstalten diesen Teil ihrer Tätigkeit aufgeben oder einschränken.

7. Wenn den Landesversicherungsanstalten unterstellt wird, daß sie den Verschmelzungsgedanken um eigener Vorteile in Geld willen förderten, so wäre es wirklich besser, wenn derartige Unterstellungen, die durch nichts begründet sind, unterblieben. Meinungsverschiedenheiten sollten rein sachlich ausgefochten werden.

Ich selbst halte die Schaffung der besonderen Angestelltenversicherung für einen schweren Fehler, der sich jetzt infolge der durch den Krieg geschaffenen erschwerten wirtschaftlichen Verhältnisse bitter rächt und sich weiterhin noch in verstärktem Maße geltend machen wird. Anderseits halte ich es für sehr zweifelhaft, ob dieser Fehler sich jetzt noch beseitigen läßt. Die durch das Versicherungsgesetz für Angestellte geschaffenen tatsächlichen Verhältnisse sind zu stark, als daß sie mit Leichtigkeit wieder beseitigt werden können. Was früher einfach gewesen wäre, ist jetzt außerordentlich erschwert. Es handelt sich darum, daß in erworbene Anwartschaften eingegriffen wird. Wie das geschehen soll, ist noch völlig unklar. Jedenfalls darf es in der Reichsverfassung ein „Zurück" nicht geben.

Wenn hier jemand einen Weg fände, den schweren Mißgriff zur allgemeinen Zufriedenheit wieder gut zu machen, würde er sich ein großes Verdienst erwerben. Aber freilich! Verhüten ist leichter als heilen.

7. **Dr. Zahn**, Präsident des Kgl. Bayer. Statistischen Landesamts in München:

Die öffentliche Erörterung der Frage, ob es richtig war, die Lösung der Angestelltenversicherung durch eine Sonderorganisation zu unternehmen oder ob es zweckmäßiger gewesen wäre, sie in voller organischer oder wenigstens in verwaltungsrechtlicher Verbindung mit der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu suchen, erscheint mir im gegenwärtigen Augenblick wenig angebracht. Diese Kritik kommt einerseits zu spät, anderseits zu früh.

Verspätet ist sie deshalb, weil die legislatorische Regelung der Angelegenheit schon seit sechs Jahren abgeschlossen ist und vorerst wohl auch als abgeschlossen gelten muß. Die Sonderorganisation der Angestelltenversicherung hat sich bereits eingelebt und wird sich immer mehr einleben.

Verfrüht erscheint mir das Wiedereinsetzen der früheren Kritik, weil sich im jetzigen Augenblick, wo die Sonderorganisation erst knapp fünf Jahre in Wirksamkeit ist, sich schwerlich schon ein abschließendes Urteil über deren Zweckmäßigkeit oder Unzweckmäßigkeit fällen läßt. Solange aber diese Frage nicht genügend geprüft ist, werden die gesetzgebenden Körperschaften kaum geneigt und in der Lage sein, das erst sechs Jahre alte Gesetz von Grund aus umzuändern. Und ohne eine solche Aussicht erscheint es, gerade im gegenwärtigen Zeitpunkt, untunlich, durch Erweckung von unbegründeten Hoffnungen oder Befürchtungen Beunruhigung in den beteiligten Kreisen hervorzurufen.

Rein sachlich betrachtet, bin auch ich weit entfernt, die Angestelltenversicherung, wie sie durch Gesetz vom 20. Dezember 1911 ihre Lösung gefunden hat, als ideal zu bezeichnen. Die doppelte Organisation, die doppelte Verwaltung, die doppelte Rechtsprechung, wie sie durch das Nebeneinander von Invalidenversicherung und Angestelltenversicherung geschaffen worden ist, entspricht nicht den Forderungen der Einheit und Einfachheit, die mit Recht an die Gesetzgebung, Rechtsprechung und Verwaltung zu stellen sind. Eine Reihe Nebenpunkte, über die man ebenfalls anderer Meinung als der Gesetzgeber sein kann, will ich hier gar nicht erwähnen.

Tatsächlich haben wir aber nun einmal die Angestelltenversicherung als selbständige Sonderorganisation. Ohne zwingenden Grund soll und kann diese nicht geändert werden. Einen zwingenden Grund zur Umorganisierung könnte ich nur in finanzieller Hinsicht erblicken. Ein solcher Anlaß bestünde z. B., wenn aus der Zusammenlegung der Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung wirklich namhafte Einsparungen an Verwaltungskosten zu erwarten sind, selbstverständlich Einsparungen, die im Rahmen der Sonderorganisation nicht ermöglicht werden können. Ob solche ins Gewicht fallende Einsparungen möglich sind, ist nur auf Grund zuverlässiger Unterlagen von den einschlägigen Behörden nachweisbar. Indessen dürfte ein abschließendes Urteil in Anbetracht der kurzen Wirksamkeit des Angestelltenversicherungsgesetzes und im Hinblick auf die den normalen Entwicklungsgang störenden Kriegseinflüsse jetzt kaum sich gewinnen lassen.

Solange aber die Möglichkeit von wesentlichen Einsparungen nicht gründlich und ohne jede Voreingenommenheit untersucht und bejaht ist, erscheint mir eine öffentliche Erörterung der Frage „Sonderversicherung oder Angliederung an die Invalidenversicherung?" wenig fruchtbar.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Teuerungszulagen als Entgelt.*)

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. August 1917 (2385 Amtl. Nachr. 1917 S. 590).

Die Höhe des Krankengeldes bestimmt sich nach dem Grundlohn (§ 180 Abs. 1 Satz 1 RVO.). Als solcher gilt nach § 9 der Satzung der beklagten Kasse der nach der verschiedenen Lohnhöhe stufenweise festgesetzte durchschnittliche Tagesentgelt der Kassenmitglieder (§ 180 Abs. 2 RVO.). Es fragt sich demnach, ob die dem Kläger gewährte Teuerungszulage von wöchentlich 3,60 ℳ als Entgelt anzusehen ist. Dies muß angenommen werden. Denn zum Entgelt im Sinne der Reichsversicherungsordnung gehören nach der allgemeinen Begriffsbestimmung des § 160 RVO. neben Gehalt oder Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, statt des Gehalts oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. Es fallen unter den Entgelt also grundsätzlich alle vermögenswerten Vorteile, die dem Beschäftigten als Vergütung für seine Arbeit tatsächlich gewährt werden (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar Anm. 3 zu § 160 RVO.; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 160). Dies trifft auch hinsichtlich der Kriegsbeihilfen oder Teuerungszulagen zu; denn diese Zuwendungen fließen den Beschäftigten nicht außerhalb ihres Beschäftigungsverhältnisses zu, sondern sie erfolgen aus Anlaß der Tätigkeit im Betriebe des Arbeitgebers und als Gegenleistung für diese Tätigkeit. Auf Form und Maßstab der Leistungen kommt es nicht an, ebenso ist es ohne Belang, daß die Teuerungszulagen nur auf unbestimmte Zeitdauer bewilligt werden und daß sie gegebenenfalls widerrufen werden können. Unerheblich ist ferner, ob ein klagbarer Anspruch auf die Zuwendung besteht oder nicht (zu vgl. Handb. der Unfallvers. I S. 240 Anm. 1 zu § 6 GewUnfVersGes.). Auch die Beweggründe, die die Gewährung veranlaßten, sind im allgemeinen bedeutungslos. Dabei ist jedoch zu beachten, daß die auf einer Freigebigkeit des Arbeitgebers beruhenden Zuwendungen dem Entgelt nicht zugerechnet werden können (zu vgl. Handb. der Unfallvers. a. a. O.; Nr. 18 ff. der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 721; Hanow-Lehmann, Kommentar a. a. O.; Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 19. September 1895, ArbVers. 1896 S. 469; Entsch. des Königl. Bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 10. November 1902, ArbVers. 1903 S. 591). Als Geschenke stellen sich aber die den Beschäftigten gewährten Teuerungszulagen im allgemeinen nicht dar; dies gilt insbesondere dann, wenn es sich nicht um einmalige oder gelegentliche, sondern, wie hier, um größeren Gruppen von Beschäftigten in regelmäßiger Wiederkehr gewährte Leistungen handelt. Teuerungszulagen werden im allgemeinen während des Krieges deshalb gezahlt, um die infolge der allgemeinen Verteuerung in ihrem Werte gesunkene Gegenleistung des Arbeitgebers auf die zur Zeit angemessene Höhe zu bringen und die Lohnhöhe den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen wieder anzupassen. Ohne derartige Beihilfen wären die Beschäftigten im Hinblick auf die herabgesetzte Kaufkraft des Geldes vielfach nicht in der Lage, ihren und ihrer Familie Lebensunterhalt zu bestreiten. Ihre Gewährung dient also zugleich der Erhaltung der für den Arbeitgeber wertvollen Arbeitskraft des Beschäftigten. Derartige Zulagen werden deshalb gegenwärtig in sehr zahlreichen Betrieben gewährt. Nach den derzeitigen wirtschaftlichen Verhältnissen und im Hinblick auf ihre Zweckbestimmung können diese Zuwendungen somit nicht lediglich als Ausfluß des Wohlwollens des Arbeitgebers und als ein den Beschäftigten gewährtes Geschenk angesehen werden. Auf diesen Standpunkt hat sich das Reichsversicherungsamt in mehreren, auf Anfragen erteilten Bescheiden gestellt (zu vgl. u. a. der Bescheid vom 13. April 1917 — II 4075). Die gleiche Auffassung wird in der Rekursentsch. des Königl. Bayer. Landesversicherungsamts vom 11. Dezember 1916 (Mitteilungen 1917 S. 75 Nr. 1480) vertreten, ebenso in der Entsch. des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung in Berlin vom 17. November 1916 (P 78/16). Gehören die dem Kläger gewährten Teuerungszulagen hiernach zum Entgelt, so sind sie, wie andere Lohnerhöhungen, auch bei der Berechnung seines durchschnittlichen Tagesentgelts zu berücksichtigen.

*) Zu vgl. Bescheid des Reichsversicherungsamts in ArbVers. 1917 Heft 24 S. 566.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges.

Vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Die im § 180 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung für die Festsetzung des Grundlohns bestimmte obere Grenze des durchschnittlichen Tagesentgelts wird von fünf auf acht Mark, die im Abs. 2 und 4 daselbst bestimmte obere Grenze des durchschnittlichen Tagesentgelts und des wirklichen Arbeitsverdienstes von sechs auf zehn Mark erhöht.

§ 4 der Bekanntmachung, betreffend Krankenversicherung von Arbeitern im Ausland, vom 14. Dezember 1916 (RGBl. S. 1383) erhält folgende Fassung:

Der Grundlohn bestimmt sich nach dem wirklichen Arbeitsverdienste des Versicherten bis zehn Mark für den Arbeitstag (§ 180 Abs. 2, 4 der Reichsversicherungsordnung).

§ 2. — Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, bei denen Beiträge bis zu vierundeinhalb vom Hundert des Grundlohns zur Deckung der Regelleistungen ausreichen, können auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschuß zur Deckung von Mehrleistungen die Beiträge über vierundeinhalb vom Hundert bis auf sechs vom Hundert erhöhen.

§ 3. — Die Satzung einer Krankenkasse kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bis zu der Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohns

1. das Krankengeld für Verheiratete und Ledige sowie nach der Zahl der Kinder und sonstigen Angehörigen abstufen, die der Versicherte bisher von seinem Arbeitsverdienste ganz oder überwiegend unterhalten hat,
2. für alle oder nur für die niedrigeren Mitgliederklassen oder Lohnstufen Zuschläge zum Krankengeld in einem für alle gleich hohen oder für die niedrigeren von ihnen erhöhten Betrage bewilligen,
3. das Wochengeld höher als das Krankengeld bemessen.

§ 4. — Für uneheliche Kinder ist der Anspruch auf Wochenhilfe nach § 3 der Bekanntmachung vom 28. April 1915 (RGBl. S. 257) auch dann gegeben, wenn zwar Unterstützung auf Grund des § 2 Abs. 1c des Gesetzes vom 4. August 1914 (RGBl. S. 332) nicht gewährt wird, aber die Verpflichtung eines Kriegsteilnehmers zur Gewährung des Unterhalts für das Kind festgestellt und die Mutter minderbemittelt ist.

§ 5. — Diese Vorschriften treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Die Nr. 210 des Reichs-Gesetzblatts, worin die vorstehende Verordnung enthalten ist, ist in Berlin am 1. Dezember 1917 ausgegeben. An diesem Tage ist also die Verordnung in Kraft getreten.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Aufstellung der Jahresrechnung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen.

Vom 30. November 1917 (RGBl. S. 1091):

Der Bundesrat hat auf Grund des § 3 des Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrats zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw. vom 4. August 1914 (RGBl. S. 327) folgende Verordnung erlassen:

§ 1. — Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, welche im Einnahme- und Ausgabebuche (§ 14 der Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. Oktober 1913 — Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 1009 —) die Einnahmen und Ausgaben nach den einzelnen Kapiteln und Titeln des Rechnungsabschlusses getrennt aufführen und am Jahresschlusse sowohl die Reineinnahme als auch die Reinausgabe feststellen, sind von der Aufstellung einer besonderen Jahresrechnung (§ 321 Ziffer 7 der Reichsversicherungsordnung) befreit. An Stelle der Jahresrechnung sind die Kassenbücher vorzulegen.

§ 2. — Sind in der Satzung einer Orts-, Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse Bestimmungen über die Aufstellung der Jahresrechnung enthalten, so kann, sofern die Kassenbücher entsprechend der Vorschrift des § 1 geführt werden, die Vorlegung der Kassenbücher an die Stelle der besonderen Jahresrechnung treten. Einer Satzungsänderung auf Grund dieser Vorschrift bedarf es nicht.

§ 3. — Diese Vorschriften treten mit ihrer Verkündung in Kraft. Der Reichskanzler bestimmt den Zeitpunkt des Außerkrafttretens.

Anmerkung: Die Nr. 211 des Reichs-Gesetzblatts, die diese Verordnung enthält, ist ausgegeben zu Berlin den 4. Dezember 1917, also an diesem Tage in Kraft getreten.

Digitized by Google

Kriegswochenhilfe für die Ehefrau eines beurlaubten Kriegsteilnehmers.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. September 1917 (2386 Amtl. Nachr. 1917 S. 591).

Die Abgabe der Sache nach § 1693 RVO. ist zu Recht erfolgt (§ 7 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914; Entsch. 2072, Amtl. Nachr. 1915 S. 638). Das Reichsversicherungsamt vermochte der Auffassung der Vorinstanzen nur beizutreten. Wie in der grundsätzlichen Entsch. 2145 (Amtl. Nachr. 1916 S. 348) ausgeführt ist, hängt der Anspruch auf Wochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 davon ab, daß eine der Voraussetzungen des § 1 Nr. 1 a. a. O. während der Wochenzeit erfüllt ist. Dies ist hier nicht der Fall. Allerdings handelt es sich bei dem Ehemanne der Klägerin nicht, wie in der Entsch. 2145, um einen vorläufig Entlassenen, sondern nur um einen Beurlaubten, und es ist zuzugeben, daß nicht jeder Urlaub einer Person, die Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet, diese Dienste in dem Sinne unterbricht, daß man während der Zeit des Urlaubs nicht von solchen Diensten sprechen könnte. Es kommt eben darauf an, ob, was bereits in der vorerwähnten Entscheidung 2145 bei dem vorläufig Entlassenen betont ist, der Kriegsteilnehmer in die Lage versetzt war, sein bürgerliches Leben wieder aufzunehmen. Ob der Urlaub widerruflich ist, was schließlich für jeden Urlaub, wenigstens für jeden militärischen Urlaub gilt, ist nicht maßgebend; insofern kann der Auskunft in der ArbVers. 1915 S. 288 Nr. 6 d nicht beigetreten werden. Der Ehemann der Klägerin war über ein Jahr beurlaubt; zur Zeit der Entbindung seiner Ehefrau war er bereits eine Reihe von Monaten als Beurlaubter seinem Berufe nachgegangen. In einem solchen Falle kann man nicht mehr davon sprechen, daß der Beurlaubte zur Zeit der Entbindung der Ehefrau Kriegs- oder ähnliche Dienste geleistet hat. Freilich mag wirtschaftlich auch der Fall mitunter kaum anders liegen, in dem der Ehemann zur Ausübung des bürgerlichen Berufs kommandiert ist, wie hier auch der Ehemann B. vor der Zeit seiner Beurlaubung zu derselben Tätigkeit bereits mehrere Monate kommandiert gewesen ist. Indessen ist die Entscheidung über den Anspruch auf Kriegswochenhilfe nach § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht allein auf den wirtschaftlichen Ertrag der Tätigkeit des Ehemanns in der Wochenzeit der Ehefrau abzustellen (zu vgl. Entsch. 2332, Amtl. Nachr. 1917 S. 440). Der Kommandierte übt auch die bürgerliche Berufstätigkeit im Rahmen des militärischen Befehls als Soldat aus; das militärdienstliche Verhältnis stellt ihn in solche Abhängigkeit, daß man da von einer Wiederaufnahme des bürgerlichen Lebens auch bei Ausübung bürgerlicher Berufstätigkeit nicht sprechen kann. Anders verhält es sich bei einem Beurlaubten, wenigstens bei einem für längere Zeit Beurlaubten. Wo hier die Grenze zu ziehen ist, muß nach Lage des Einzelfalles erwogen werden. Beim Ehemanne der Klägerin liegt jedenfalls die Voraussetzung des § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 nicht vor. Daher hat die Klägerin keinen Anspruch auf Kriegswochenhilfe.

Zurückweisung des Beitritts wegen Blindheit (§ 310 RVO.)?

Entscheidungen a) des Versicherungsamts der Stadt Mainz vom 20. März 1917; b) des Oberversicherungsamts Darmstadt vom 9. November 1917.

a)

Streitig ist das Recht des Stuhlflechters Gustav F., der Versicherung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse beizutreten. Von der Kasse ist nicht bestritten, daß F. an sich zu den nach § 176 Abs. 3 der RVO. Versicherungsberechtigten gehört. Sie kann also seine Meldung zum Beitritt nur zurückweisen, wenn das nach § 310 Abs. 2 RVO. in Verbindung mit § 6 ihrer Satzung erforderliche Gesundheitszeugnis nicht genügt. Die Blindheit des F. allein rechtfertigt seine Zurückweisung nicht. Denn nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts erzeugt der völlige Verlust des Augenlichts Invalidität und Berufsunfähigkeit nur dann, wenn die Erblindung erst im späteren Lebensalter eintritt. Dagegen sind Blinde, die in einer Blindenanstalt oder sonst eine besondere sachgemäße Ausbildung genossen haben, nicht als invalide anzusehen (zu vgl. Entsch. des RVA. 594 und 965 Amtl. Nachr. RVA. 1887 S. 406 u. 1902 S. 388). Dies trifft aber im vorliegenden Falle zu.

F. ist von Geburt an blind. Er ist als Stuhlflechter ausgebildet, seine Leistungsfähigkeit wird durch den Arbeitsverdienst bewiesen. Für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache kommt es also ausschlaggebend darauf an, ob beim Eintritt, d. h. bei der Meldung des F. (§ 310 Abs. 1 RVO.) eine Erkrankung bestanden hat.

Der Begriff Krankheit oder Erkrankung ist im Gesetz nicht bestimmt. Nach Rechtslehre und Rechtsprechung ist Krankheit ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder auch ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 248, Anm. 1 a zu § 182 RVO.). Der Begriff der Krankheit muß eine Beziehung derjenigen Folgen in sich aufnehmen, welche ihm im Sinne des Gesetzes allein Bedeutung verleihen (zu vgl. Rosin, Recht der Arbeiterversicherung I S. 298). Danach braucht der Begriff nicht völlig der gleiche zu sein, wenn Krankheit einmal als Grund des Anspruchs auf Kassenleistungen, ein andermal aber als Grund für die Zurückweisung eines freiwilligen Beitritts in Betracht kommt. Der

Digitized by Google

Zweck des § 310 Abs. 2 erschöpft sich nicht in dem Schutz der Krankenkassen gegen Ausbeutung durch Personen, die sofort beim Eintritt die Kassenleistungen beanspruchen dürfen, denn dazu würde Satz 1 der erwähnten Gesetzesstelle ausreichen. Sein Zweck dient vielmehr der Sicherung der Kasse vor Personen, deren krankhafter Zustand die Gefahr künftiger Fürsorgebedürfnisse begründet. Ob eine solche Gefahr besteht, kann die Kasse durch das nach § 310 Abs. 2 erforderliche Gesundheitszeugnis prüfen lassen. Die ärztliche Prüfung hat sich also darauf zu erstrecken, ob ein anormaler Körper- oder Geisteszustand besteht, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit schon gegenwärtig zur Folge hat oder die Gefahr des künftigen Eintritts solcher Folgen begründet. Indessen genügt hier zur Annahme einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne eine bloße Schwäche, eine krankhafte Anlage oder eine geringere Widerstandsfähigkeit ebensowenig, wie ein pathologischer, aber völlig abgeschlossener Zustand, der weder gegenwärtig ein Heilverfahren begründet oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, noch für die Zukunft eine solche besorgen läßt. Vielmehr muß eine Krankheit im medizinischen Sinne vorliegen, die die Gefahr einer Ausbeutung der Kasse nahelegt (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 3b zu § 310 und Monatsbl. für Arbeiterversf. 1909 S. 85/86).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme liegt bei F. eine Krankheit im medizinischen Sinne nicht vor. F. ist, wie vom Vertrauensarzt der Kasse bezeugt wird, von Geburt an blind, im übrigen ist sein Gesundheitszustand gut. Trotzdem hat sich der Arzt gegen die Aufnahme des F. ausgesprochen, weil die Blindheit eine erhöhte Verletzungsgefahr und die Gefahr des Übersehens kleiner Verletzungen bilde und weil die bei früheren Erkrankungen des F. gesetzten Narben die Neigung zu späteren Erkrankungen vermuten ließen. Nach dem Gutachten des Großherzogl. Kreisgesundheitsamts Mainz hat die Untersuchung der lebenswichtigen Organe des F. normalen Befund ergeben. F. leidet zur Zeit nicht an einem anormalen Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit schon gegenwärtig zur Folge hat oder eine Gefahr des Eintritts solcher Folgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründet. Es handelt sich bei F. um einen völlig abgeschlossenen pathologischen Zustand, der gegenwärtig den Eintritt einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne nicht besorgen läßt. Ob dieser Zustand in Zukunft so bleibt, kann mit Bestimmtheit weder bejaht, noch verneint werden.

Sonach besteht bei F. lediglich die Möglichkeit einer späteren Erkrankung. Diese Möglichkeit ist bei ihm aber nicht größer, als bei anderen Menschen der gleichen Art. Jedenfalls läßt sein gegenwärtiger Zustand keine drohende Gefahr erkennen. Die entfernte Möglichkeit einer Erkrankung rechtfertigt aber nicht die Zurückweisung der Meldung (zu vgl. die Entsch. des Versicherungsamts Kiel vom 17. Oktober 1916, ArbVers. 1916 S. 779).

b)

Die Beschwerde der Kasse gegen die vorstehende Entscheidung ist vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Der Beschwerdegegner F. ist als selbständiger Gewerbetreibender anzusehen, da er das Risiko seiner erwerblichen Tätigkeit trägt und bei ihrer Ausübung an keinerlei Leitung und Weisung von Arbeitgebern, zu denen er in einem länger dauernden Lohnverhältnis stünde, gebunden, sondern in der Art, Einteilung und Preisbemessung seiner Arbeit vollständig selbständig ist. An dieser Eigenschaft ändert bei den festgestellten Erwerbsverhältnissen auch die Tatsache nichts, daß er keine selbständige Betriebsstätte hat oder haben wird, und die für sein Gewerbe gesetzlich vorgeschriebene Anzeige nicht erstattet hat, da beide Tatsachen nicht unbedingte Voraussetzungen eines selbständigen Gewerbebetriebes sind, mag ihre Außerachtlassung auch nach besonderen Gesetzesbestimmungen Rechtsfolgen nach sich ziehen. Bei seinem Gewerbebetrieb beschäftigt F. festgestelltermaßen keine Gehilfen und verdient keine 2500 M. Er ist deshalb gemäß § 176 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. versicherungsberechtigt, kann somit der Beschwerdeführerin freiwillig als Mitglied beitreten.

Nach § 176 Abs. 3 RVO. kann diese das Recht zum Beitritt des F. zu ihrer Kasse von Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses abhängig machen. Abgesehen von der stattgehabten ärztlichen Untersuchung durch den Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin muß der Vorlage eines solchen Zeugnisses die erstinstanzliche Erhebung und Erstattung des Obergutachtens durch Medizinalrat Dr. Sch. gleichgeachtet werden. Gemäß § 310 Abs. 3 RVO. kann die Beschwerdeführerin Versicherungsberechtigte mit Wirkung von der Meldung zurückweisen, wenn das erforderliche Gesundheitszeugnis „nicht genügt", d. h. die Zulässigkeit der Zurückweisung ist nicht auf den Fall des „tatsächlichen Ausbruches einer offenbar schon vorher vorhandenen Krankheit beschränkt", sondern es genügt hier schon eine Krankheit im medizinischen Sinne, welche die Gefahr einer Ausbeutung der Kasse nahelegt, indem sie sich zum Beispiel in einzelnen Anfällen zu äußern oder zeitweilig zu steigern pflegt. (Vgl. Hahn, § 310 Anm. 3b Abs. 2.) Eine solche Krankheit ist nach dem Obergutachten nicht vorhanden. Nicht genügt zur Zurückweisung eine bloße Schwäche oder krankhafte Anlage oder ein völlig abgeschlossener pathologischer Zustand wie Blindheit. (Vgl. Hahn a. a. O.) Da das letztere aber nach den erhobenen Feststellungen zutrifft, so

Digitized by Google

kann also auf Grund dieser Tatsache allein eine Zurückweisung des F. durch die Beschwerdeführerin nicht erfolgen, insbesondere auch deshalb nicht, weil F. festgestelltermaßen durch seine Blindheit nicht hilflos und völlig erwerbsunfähig gemacht wird. Denn er kann sich nach Auskunft der Blindenanstalt in Mainz in einigermaßen bekannten Verhältnissen ohne fremde Hilfe selbständig bewegen und arbeiten, hat unter ungünstigen Erwerbsverhältnissen im Jahre 1916 in 247 Arbeitstagen 415,95 ℳ und in den ersten sechs Monaten des Jahres 1917 den Betrag von 348,05 ℳ verdient und wird bei besseren wirtschaftlichen Verhältnissen mehr verdienen. Diese Tatsachen beweisen für sich allein schon, daß F. in der Lage ist und sein wird, zum mindestens einen erheblichen Teil seines gesamten Lebensunterhaltes zu verdienen. Er ist also nicht hilflos und vollständig erwerbsunfähig. Daß er in manchen Beziehungen infolge seines körperlichen Gebrechens fremder Hilfe benötigt, kann hieran nichts ändern, da sein angeborenes Leiden nach vorstehendem nicht einen derartigen Einfluß auf seine Lebenshaltung ausübt, daß er ausschließlich oder fast vollständig fremder Wartung und Hilfe benötigt. Es treffen daher die von der Beschwerdeführerin seinem Beitrittsverlangen gegenüber geltend gemachten Ablehnungsgründe nicht zu, und war demgemäß die Zurückweisung seines Antrages auf freiwillige Mitgliedschaft unberechtigt.

Beiträge sind bis zur Abmeldung nachzuzahlen, auch wenn die Abmeldung unterblieben war.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 23. Juni 1917 (2378 Amtl. Nachr. 1917 S. 552).

Die Frage, ob dann, wenn ein Arbeitgeber den von ihm versicherungspflichtig Beschäftigten überhaupt nicht angemeldet hat, die Beiträge nicht nur für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, sondern noch darüber hinaus bis zur Abmeldung nachzuzahlen sind, war unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes sehr bestritten. In einer Anzahl von Entscheidungen wurden gegen eine so weitgehende Nachzahlungspflicht gewichtige Gründe ins Feld geführt. Schon damals hat aber der Königl. Bayer. Verwaltungsgerichtshof in einer Entsch. vom 22. November 1909 (Reger 30 S. 90) mit ausführlicher Begründung und unter eingehender Würdigung der entgegenstehenden Entscheidungen eine solche Verpflichtung angenommen. Dort ist insbesondere bereits überzeugend dargelegt, daß nach dem Zusammenhange der in Betracht kommenden Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes der Wortlaut diese Auslegung nicht ausschließt, vielmehr umgekehrt, weil er keine Ausnahme vorsieht, zu ihr hinführt. Das muß in verstärktem Maße bei den entsprechenden, dem Sinne nach mit dem Krankenversicherungsgesetz übereinstimmenden, in der Fassung aber etwas abweichenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung gelten. Nach § 397 Abs. 1 RVO. sind die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Aus dem Worte „fortzuzahlen" könnte der auch vom Versicherungsamte gezogene Schluß hergeleitet werden, daß die Vorschrift nur solche Fälle erfassen will, in denen Beiträge bereits laufend gezahlt worden sind, was voraussetzt, daß ein angemeldetes Beschäftigungsverhältnis vorliegt. Näherer Prüfung hält diese Annahme aber nicht stand. Die Beitragspflicht besteht unabhängig von der Anmeldung des Beschäftigten schon vom Beginne des Beschäftigungsverhältnisses an. Bei verspäteter Anmeldung sind die rückständigen Beiträge nach § 531 Abs. 1 in vollem Umfang nachzuholen. Demgegenüber regelt § 397 lediglich das Ende der Beitragspflicht. Er besagt nur, daß die Beitragspflicht nicht schon mit dem Schlusse der Beschäftigung, sondern erst mit der vorschriftsmäßigen Abmeldung enden soll. Da das Gesetz hierbei keine Ausnahmen vorsieht, ist es auch nicht zulässig, die Fälle auszuscheiden, in denen die Beschäftigung überhaupt noch nicht angemeldet war. Ebensowenig läßt sich das unter Hinweis auf das Wort „Abmeldung" rechtfertigen. Es ist nicht richtig, daß von einer Abmeldung begrifflich nicht die Rede sein könne, ohne daß eine Anmeldung vorausgegangen sei. Nach § 317 hat der Arbeitgeber den von ihm Beschäftigten binnen drei Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung zu melden. Die Abmeldepflicht steht also selbständig neben der Anmeldepflicht. Nicht nur das angemeldete, sondern jedes Beschäftigungsverhältnis ist nach seiner Beendigung abzumelden. Das ist schon deshalb notwendig, weil die Kasse auch auf andere Weise als durch die Anmeldung Kenntnis von einer die Kassenmitgliedschaft herbeiführenden Beschäftigung erlangen kann. Der Wortlaut des § 397 spricht also nur für die ausnahmslose Pflicht des Arbeitgebers zur Weiterentrichtung der Beiträge bis zur späteren Abmeldung. Zutreffend weist auch die Krankenkasse in ihrer Beschwerdeschrift darauf hin, daß es nicht einzusehen wäre, warum ein Arbeitgeber, der seine Leute vorschriftsmäßig anmeldet, die Beiträge bis zum Tage der Abmeldung fortzahlen sollte, während ein anderer, der sie überhaupt nicht anmeldet, die Beiträge nur bis zum Tage des Austritts nachzuentrichten brauchte. In der Tat würde jeder gesetzgeberische Grund für eine solche Unterscheidung fehlen. Die Vorschrift des § 397 hat die Bedeutung eines Zwangsmittels zur Erfüllung der Meldepflicht; sie stellt eine Ordnungsvorschrift dar, die allerdings im Einzelfall ihrer Wirkung nach zuweilen strafähnlichen Charakter annehmen kann (zu vgl. Entsch. 2054, Amtl. Nachr. 1915 S. 589). Schon das Reichsgericht hat zu der entsprechenden Vorschrift des § 52 Abs. 1 Satz 4 KVG. ausgeführt, sie habe die Bedeutung eines Zwangsmittels für geordnete

Digitized by Google

Erfüllung „der An- und Abmeldepflicht" (Entsch. vom 25. Januar 1904, Entsch. in Zivils. 56 S. 355). Es wäre unverständlich, warum diese Ordnungsvorschrift, die eine geordnete Geschäftsführung der Kasse gewährleisten soll, nicht Platz greifen sollte, wenn der Arbeitgeber außer der Abmeldepflicht auch schon seine Anmeldepflicht verabsäumt hat. Es ist darauf hingewiesen worden, die Unterlassung der Anmeldung sei schon durch andere Vorschriften des Gesetzes hinreichend mit Nachteilen bedroht, und es würde zu weit führen, auch noch die Folge der Beitragsnachzahlungspflicht bis zur späteren Abmeldung daran zu knüpfen. Diese Erwägung traf unter altem Rechte noch eher zu. Nachdem aber die Erstattungspflicht des § 50 Abs. 1 KVG., die oft zu unbilligen Härten führte, beseitigt worden ist, bleiben lediglich die Strafvorschriften des § 530 Abs. 1 und des § 531 Abs. 2 RVO. Diese werden wegen der kurzen Verjährungsfrist häufig versagen. Denn die Strafverfolgung wegen Nichtanmeldung Versicherungspflichtiger zur Krankenkasse verjährt gemäß §§ 530, 147 bereits drei Monate nach der Nachholung der Anmeldung, spätestens aber drei Monate nach dem Ende der Beschäftigung (Entsch. 2240, Amtl. Nachr. 1916 S. 597). Ist aber die Bestrafung nicht mehr möglich, so ist zugleich die noch wirksamere Maßnahme der Auferlegung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge (§ 531 Abs. 2) ausgeschlossen, weil sie eine vorhergehende Bestrafung voraussetzt (Entsch. 2058, Amtl. Nachr. 1915 S. 597). In solchen Fällen, die nicht selten eintreten, weil oft schon mehr als drei Monate nach dem Ende der Beschäftigung verflossen sein werden, wenn die Kasse von dem Beschäftigungsverhältnis nachträglich Kenntnis erhält; wäre dann der Arbeitgeber, der weder der Anmelde- noch der Abmeldepflicht genügt hat, tatsächlich im Vorteil gegenüber dem Arbeitgeber, der nur nicht rechtzeitig abgemeldet hat. Denn die Krankenkasse müßte sich darauf beschränken, von ihm die Beiträge für die Dauer der Beschäftigung nachträglich einzuziehen. Eine solche Folge kann aber nicht in der Absicht des Gesetzgebers liegen. Sie würde sich mit den Grundsätzen einer geordneten Geschäftsführung der Kassen nicht vertragen. Nach alledem bieten weder Wortlaut noch Zweck des § 397 einen Anhalt für die Annahme, daß diese Vorschrift für solche Fälle nicht gelten sollte, in denen wie vorliegend An- und Abmeldung erst nachträglich gleichzeitig erfolgen. Vielmehr sind auch hier die Beiträge über das Ende der Beschäftigung hinaus bis zur Abmeldung fortzuzahlen (ebenso Hoffmann, Kommentar Anm. 4 zu § 397; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 zu § 397; Düttmann-v. Frankenberg, Kommentar Anm. 2b zu § 397). Auch kann der Arbeitgeber nicht mit dem Einwand gehört werden, er habe in entschuldbarem Irrtum gehandelt. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der erwähnten Entscheidung 2054 näher ausgeführt hat, folgt aus der Natur des § 397 als einer Ordnungsvorschrift, daß die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge bis zur Abmeldung nicht bloß dann besteht, wenn diese schuldhafterweise unterblieben ist.

C. Zur Unfallversicherung.

„Erwerbsunfähigkeit" als einheitlicher Begriff im 3. Buche der RVO.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 26. November 1916 (2970 Amtl. Nachr. 1917 S. 587).

Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Dritten Buche der RVO. ist ein einheitlicher; dafür, daß er im Falle des § 592 weiter gefaßt sein sollte als z. B. im Falle des § 558, fehlt jeder Anhalt. Erwerbsfähigkeit ist nun die geistige und körperliche Fähigkeit einer Person, ihre Arbeitskraft wirtschaftlich zu verwerten. Diese Fähigkeit ist dem Ehemanne der Verstorbenen nicht genommen, wenn er auch tatsächlich wegen der Einberufung zum Heeresdienste nicht in der Lage ist, einem Erwerbe nachzugehen, seine Erwerbsfähigkeit also wirtschaftlich auszunutzen; die Verwertung seiner Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte wird nicht durch körperliche oder geistige Gebrechen unmöglich gemacht, sondern nur durch die anderweitige Inanspruchnahme der Zeit, die er sonst auf den Erwerb verwenden könnte. Er ist daher auch nicht erwerbsunfähig im Sinne des § 592. Daß ein Kriegsteilnehmer als erwerbslos im Sinne des § 214 RVO. zu gelten hat (zu vgl. Revisionsentsch. 2071, Amtl. Nachr. 1915 S. 635), steht dem nicht entgegen, denn die Begriffe der Erwerbslosigkeit und der Erwerbsunfähigkeit fallen nicht zusammen; ein voll Erwerbsfähiger kann sehr wohl erwerbslos sein. Für die Richtigkeit dieser Anschauung spricht schon, daß andernfalls die Beklagte auch zur Gewährung der Hinterbliebenenrente an den Witwer verpflichtet wäre. Eine Verurteilung zu deren Zahlung lediglich an die Kinder, wie es das Oberversicherungsamt getan hat, findet im Wortlaut des § 592 keine Stütze; denn durch die Erwerbsunfähigkeit des Ehemanns wäre auch dessen Bedürftigkeit bedingt. Für die Fälle, wo er nicht bedürftig und auch nicht erwerbsunfähig ist, aus anderen Gründen aber seiner Unterhaltspflicht nicht nachkommt, trifft Abs. 3 der genannten Gesetzesvorschrift Regelung, der der Berufsgenossenschaft in einem solchen Falle das Recht einräumt, nicht aber die Pflicht auferlegt, den Kindern die Hinterbliebenenrente zu gewähren. In der Re

Digitized by Google

visionsentsch. 2071 wird auch ausdrücklich erwähnt, daß im § 592 Bedürftigkeit Voraussetzung des Anspruchs sei, nicht aber im Falle des § 214; für das Vorliegen der Erwerbslosigkeit ist es unerheblich, ob der Betreffende mittellos oder gar bedürftig ist. Da mithin der Ehemann der Verstorbenen nicht als erwerbsunfähig im Sinne des § 592 RVO. anzusehen ist, war dem Rekurse der Beklagten stattzugeben und ihr ablehnender Endbescheid wiederherzustellen.

Kosten des zur Beobachtung angeordneten Krankenhausaufenthalts.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 14. September 1917 (2972 Amtl. Nachr. 1917 S. 589).

Eine Berufsgenossenschaft hatte einem in W. wohnenden Verletzten, der sich auf ihre Anordnung einige Tage zur ärztlichen Untersuchung und Beobachtung im Krankenhaus in H. aufgehalten hatte, außer den Kosten der Reise den Verdienstausfall erstattet, dabei aber die durch den Aufenthalt im Krankenhaus ersparten Kosten der eigenen Verpflegung abgezogen. Auf die Beschwerde des Verletzten hat das Oberversicherungsamt den Abzug unter Hinweis auf die grundsätzliche Entsch. des Reichsversicherungsamts 2740 (Amtl. Nachr. 1914 S. 675) für ungerechtfertigt erklärt. Die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist auf die weitere Beschwerde der Berufsgenossenschaft aufgehoben worden aus folgenden Gründen:

Der in der Entsch. des RVA. 2740 (Amtl. Nachr. 1914 S. 675) ausgesprochene Grundsatz, daß bei der Berechnung der Reiseentschädigung der wirkliche Verdienstausfall zugrunde zu legen ist, hat, wie Wortlaut und Begründung ergeben, den Fall einer einmaligen ärztlichen Untersuchung an einem fremden Orte im Auge, nicht den Fall der Aufnahme des Verletzten in ein Krankenhaus zu mehrtägiger Beobachtung. In einem Falle der letzteren Art, wie er hier vorliegt, erhält der Verletzte die Verpflegung im Krankenhause. Die Kosten seiner Verpflegung im eigenen Haushalt, die er dort aus seinem eigenen Verdienste bestreiten müßte, fallen demnach weg. Ihr Abzug von dem zu ersetzenden Verdienstausfall ist mithin gerechtfertigt.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Angestelltenversicherungspflicht von Handwerkern, die Irrenanstaltsinsassen zur Beschäftigung anleiten.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung vom 20. März 1917 (P. 152/16).

Nach einer Auskunft des Direktors haben die drei genannten Handwerker Ausbildung in der Krankenpflege erhalten und sind in der Beschäftigungsbehandlung besonders vorgebildet. Sie arbeiten als Meister in den für ihre Handwerke eingerichteten Werkstätten, die im übrigen nur mit Kranken besetzt sind. Diese Kranken müssen fast ausnahmslos erst zu den einzelnen Handwerken angelernt werden; die Betriebe sind so umfangreich und so leistungsfähig, daß sie fast den ganzen Bedarf der Anstalt herstellen. Die drei beteiligten Pfleger stehen nach der eigenen Angabe des Direktors im Range und in der Leistung von Werkmeistern; sie sind auch selbständig verantwortlich für die zu den einzelnen Werkstätten gehörigen Vorratslager, über die ihnen die Buchführung obliegt. Das Gehalt von F. und B. wird auf 840 ℳ, dasjenige von W. auf 640 ℳ angegeben, wozu noch Nebenbezüge von 439 ℳ bei F. und 505 ℳ bei B. und W. kommen. W. ist übrigens am 25. Februar 1916 aus dem Dienste der Anstalt entlassen worden.

Bei dieser Sachlage ist der Rentenausschuß der Meinung, daß das wesentliche der Stellung dieser drei Pfleger nicht in ihrer körperlichen Tätigkeit, sondern in der ihnen übertragenen Leitung der Werkstätten liege; ihre Tätigkeit sei um so höher einzuschätzen, als sie es mit Kranken zu tun hätten, die sie erst zu den einzelnen Handwerken anlernen müßten. Dieses Anlernen setze eine besondere Ausbildung in der Krankenpflege und in der Beschäftigungsbehandlung voraus. Ob die drei Angestellten als Werkmeister anzusehen seien, könne dahingestellt bleiben, jedenfalls bekleideten sie eine werkmeisterähnliche, gehobene Stellung.

Dieser Ansicht ist in Übereinstimmung mit dem Schiedsgericht und der Landesversicherungsanstalt beizutreten. Die Stellung der drei Beteiligten erhebt sich über die gewöhnlicher Vorarbeiter. Sie beherrschen nicht nur ihr Handwerk, sondern haben auch eine Ausbildung in der Krankenpflege und in der Beschäftigungsbehandlung genossen. Wird hiernach schon mit Rücksicht auf diese besondere Vorbildung, die sie zum Umgang mit Geisteskranken befähigt, die Bejahung der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte nahegelegt (zu vgl. die grundsätzliche Entscheidung des Oberschiedsgerichts v. 15. Dezember 1916 — P. 139/16 —, „Angestelltenversicherung" 1917 S. 86 Nr. 203), so spricht hier weiter für eine werkmeisterähnliche Stellung ihre Verantwortlichkeit für die Vorratslager und für die Buchführung.

Von dem in der grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 16. Januar 1917 — P. 168/16 — entschiedenen Falle unterscheidet sich der vorliegende wesentlich dadurch, daß jene Handwerker den größten Teil des Tages selbst körperlich zu arbeiten hatten, daß sie lediglich eine handwerksmäßige Vorbildung besaßen, nur mit Krüppeln, nicht mit Geisteskranken zu tun hatten und daß ihnen eine Verantwortung für die Vorräte und die hergestellten Waren nicht übertragen war.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Berufsgenossenschaften im Jahre 1916.

Die Geschäftsergebnisse der sozialen Versicherung sind aufs engste mit den wirtschaftlichen Ereignissen verknüpft. Das gilt in ganz besonderem Maße von der Unfallversicherung. So bilden auch die Geschäftsberichte der Berufsgenossenschaften ein getreues Spiegelbild der wirtschaftlichen Kriegswirkungen. Das gilt auch von den Berichten für 1916.

Die Berufsgenossenschaften der Metallindustrie, die in der ersten Kriegszeit eine starke Minderung der Versichertenziffer erlitten, weisen wieder eine erhebliche Erhöhung auf. Bei den acht großen Berufsgenossenschaften, welche die Schwereisenindustrie umfassen, erhöhte sich die Zahl der Vollarbeiter von 1 179 562 im Jahre 1915 auf 1 364 024 im Jahre 1916, die Gesamtsumme der gezahlten Löhne von 1840 auf 2382 Mill. M. Allein bei der Rheinisch-Westfälischen Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft vermehrte sich die Zahl der Versicherten von 190 140 auf 229 062 und die Summe der gezahlten Löhne von 372 auf 520 Mill. M. Im Bergbau erforderte der weitergehende Bedarf an Bergwerkserzeugnissen jeder Art die Einstellung einer größeren Zahl von Arbeitern. Bei der Knappschafts-Berufsgenossenschaft stieg die durchschnittliche Zahl der Versicherten von 1915 zu 1916 um 33 802 auf 703 614, die Gesamtlohnsumme um 246 Mill. auf 1364 Mill. M. Bei der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie vermehrte sich die Gesamtzahl der Beschäftigten um 88 799 auf 631 816, die Gesamtlohnsumme von 309 auf 401 Mill. M. Der chemischen Industrie fiel die Aufgabe zu, den gesamten Bedarf des Heeres an Sprengstoffen, Heilmitteln usw. zu decken, daneben auch für den Ackerboden die nötigen Düngstoffe herzustellen. Das führte zur Errichtung mancher neuer großer Betriebe. Bei der Berufsgenossenschaft für die Nahrungsmittelindustrie sind keine nennenswerten Veränderungen eingetreten. Die Zahl der Betriebe vermehrte sich von 34 842 auf 36 864, die der Versicherten verminderte sich von 261 731 auf 261 105. Die Summe der Löhne stieg von 216 auf 222 Mill. M. Bei der Berufsgenossenschaft für die Bekleidungsindustrie trat ein deutlicher Rückgang ein. Blieb auch die Zahl der Betriebe ungefähr dieselbe, so verminderte sich doch die Zahl der Versicherten von 291 727 auf 269 425 und die Summe der Löhne von 256 auf 244 Mill. M. Auf der Papierverarbeitung lastete zwar der Krieg auch noch schwer, doch blieb der Bestand der Betriebe der Berufsgenossenschaft der gleiche (4482), die Zahl der Beschäftigten erhöhte sich aber wieder um 3447 auf 100 654, die Löhne erhöhten sich um 8¼ Mill. M. auf 97 Mill. M. Bei der Berufsgenossenschaft der Molkerei-, Brennerei- und Stärkeindustrie setzte sich der Niedergang weiter fort. Die Zahl der Betriebe sank auf 8400, die der Versicherten von 47 153 auf 43 385. Die Summe der Löhne sank um eine Million auf 50 Mill. M. Rund 1000 Betriebe, die im Verzeichnis der Genossenschaft weitergeführt werden, ruhten. Bei der Berufsgenossenschaft der Brauerei- und Mälzerei sind ebenfalls erhebliche Rückgänge eingetreten. Die Zahl der Brauereien verminderten sich von 5900 im Jahre 1913 auf 5451 im Jahre 1916, die der Mälzereien von 766 auf 720. Dabei werden 984 Betriebe weitergeführt, die einstweilen geschlossen sind. Die Zahl der Versicherten ging von 117 024 im Jahre 1913 auf 82 013 im Jahre 1915 und 72 651 im Jahre 1916 zurück. Die Lohnsumme verminderte sich seit Kriegsbeginn um 32 v. H. Bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft verminderte sich von 1913 zu 1915 die Zahl der Vollarbeiter von 218 518 auf 127 882 und zu 1916 auf 117 651, die Summe der gezahlten Löhne von 300 auf 184 und 188 Mill. M. Bei der Magdeburgischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft erhöhte sich von 1915 zu 1916 die Lohnsumme um 2 auf 28¾ Mill. M. Im Baugewerbe werden in der Hauptsache nur Kriegsbauten durchgeführt. Bei der Rheinisch-Westfälischen Textil-Berufsgenossenschaft verminderte sich von 1915 zu 1916 die Zahl der Arbeiter von 119 424 auf 70 859. Von 1913 zu 1916 ging die Summe der gezahlten Löhne von 152 auf 66 Mill. M. zurück. Die Sächsische Textil-Berufsgenossenschaft unterläßt die Angabe von Ziffern über die Zahl der Betriebe und Versicherten. Bei der Schlesischen Textil-Berufsgenossenschaft verminderte sich die Zahl der Versicherten von 57 638 im Jahre 1915 auf 48 494 im Jahre 1916. Die Zahl der weiblichen Versicherten allein verminderte sich in der gleichen Zeit von 39 295 auf 34 667. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten stieg von 68 auf 71 v. H. In den meisten Betrieben wurde, so heißt es im Bericht, nur einige Tage in der Woche gearbeitet. Bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft ist die im Jahre 1916 erfolgte Abnahme der Betriebe um die Hälfte geringer als im Vorjahre. Die Zahl der Vollarbeiter verminderte sich von 112 416 im Jahre 1913 auf 63 613 im Jahre 1915 und 55 697 im Jahre 1916. Die Ziegelei-Berufsgenossenschaft entwirft ein besonders ungünstiges Bild. Die Zahl der Versicherten verminderte sich von 232 359 im Jahre 1913 auf 72 580 im Jahre 1916. Von den im Jahre 1916 noch geführten 10 095 Betrieben ruhten 6431 vollständig. Die Glas-Berufsgenossenschaft meldet, daß sich die Zahl der Arbeiter, die 1913 mit 91 842 angegeben ist, weiter verminderte und zwar von 1915 zu 1916 von 52 892 auf 51 376. Die gezahlten Löhne erhöhten sich von 52 auf 62 Mill. M. Bei der Lagerei-Berufsgenossenschaft stiegen im Jahre 1916 die nachgewiesenen Löhne zwar von 299 auf 308 Mill. M., doch beträgt ihre Abnahme gegen 1913 noch 28 v. H. Die Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft berichtet, daß sich von 1915 zu 1916 die Zahl der Betriebe von 6785 auf 8581 und die der Arbeiter von 21 100 auf 20 652 verminderten, doch wird bemerkt, daß 1752 Unternehmer infolge des Krieges ihr Gewerbe nicht ausüben konnten. Die Summe der anrechnungsfähigen Löhne ist von 1913 zu 1916 von 16 auf 9¼ Mill. M. zurückgegangen. Bei der erst im Jahre 1914 ins Leben getretenen Kleinhandels-Berufsgenossenschaft ist die Zahl der Versicherten von 1914 zu 1916 von 353 198 auf 325 593 zurückgegangen, doch ist hier zu beachten, daß ständig bisher noch unversicherte Betriebe zur Genossenschaft herangezogen werden. Bei der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik verminderte sich von

Digitized by Google

1913 zu 1916 die Zahl der Versicherten von 365 869 auf 307 221 und die Summe der gezahlten Löhne von 532 auf 521 Mill. M., doch stieg im Jahre 1916 die Zahl der Versicherten wieder auf 371 101 und die Lohnsumme auf 688 Mill. M.

Der auf einen Arbeiter entfallende Durchschnittslohn erhöhte sich von 1915 zu 1916 bei der Knappschafts-BG. von 1683 auf 1940 M, BG. der chemischen Industrie von 1382 auf 1537 M, Rheinisch-Westfälischen Hütten- und Walzwerks-BG. von 1961 auf 2270 M, Süddeutschen Eisen- und Stahl-BG. von 1429 auf 1567 M, Südwestdeutschen Eisen-BG. von 1413 auf 1540 M, Maschinen-Bau- und Kleineisenindustrie-BG. von 1559 auf 1745 M, Sächsisch-Thüringische Eisen- und Stahl-BG. von 1325 auf 1449 M, Nordöstliche Eisen- und Stahl-BG. von 1640 auf 1855 M, Schlesische Eisen- und Stahl-BG. von 1226 auf 1339 M, Nordwestliche Eisen- und Stahl-BG. von 1756 auf 1803 M, Nahrungsmittel-BG. von 893 auf 940 M. Bekleidungs-Industrie-BG. von 878 auf 909 M, Papierverarbeitungs-BG. von 919 auf 970 M, BG. der Molkerei-, Brennerei- und Stärke-Industrie von 1107 auf 1156 M, Tiefbau-BG. von 1442 auf 1598 M, Rheinisch-Westfälische Textil-BG. von 915 auf 936 M, Fuhrwerks-BG. von 1112 auf 1118 M, Ziegelei-BG. von 877 auf 920 M, Lederindustrie-BG. von 1424 auf 1438 M. Bei diesen Berechnungen ist zu berücksichtigen, daß der Durchschnitt durch den zahlreichen Eintritt weiblicher und jugendlicher Arbeiter sehr herabgedrückt wird, andererseits aber Mehrverdienste häufig nur durch Überstunden-, Sonntags- und intensivere Stückarbeit erzielt worden sind. Im allgemeinen unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß die Kosten des Lebensunterhalts erheblicher als die Löhne gestiegen sind.

Die Zahl der Betriebsunfälle hat sich im allgemeinen wieder vermehrt. Auch wenn sie hier und da zurückgegangen ist, ergibt sich im Hinblick auf die verminderte Zahl der Versicherten eine Zunahme. So kamen bei der Lederindustrie-Berufsgenossenschaft 2278 Unfälle zur Anmeldung. Gegen das Vorjahr wäre dies ein Rückgang um 652 Fälle. Tatsächlich liegt aber, da auch die Zahl der versicherten Personen erheblich sich vermindert hat, eine Zunahme vor. Während nämlich im Vorjahr auf 1000 Versicherte 29.73 Unfälle kamen, sind es diesmal 31,57 Fälle. Die Steigerung der Zahl der Betriebsunfälle hält schon während des ganzen Krieges an. Die während der Kriegszeit vermehrt vorkommende Sonntagsarbeit führte auch eine Zunahme der auf Sonntage entfallenden Verletzungen herbei. Bei der Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft vermehrte sich die Zahl der gemeldeten Unfälle von 11 374 im Jahre 1915 auf 13 306 im Jahre 1916 oder von 76,32 auf 82.91 auf 1000 Versicherte. Allein die Zahl der weiblichen Verletzten erhöhte sich von 407 auf 1823. Die Zahl der Getöteten vermehrte sich von 38 im Jahre 1914 auf 67 im Jahre 1915 und 77 im Jahre 1916. Die Berufsgenossenschaft der Chemischen Industrie zeigt eine Vermehrung der gemeldeten Unfälle von 12 401 auf 14 908 oder von 55,35 auf 57,03 pro 1000 Versicherte. Allein in 39,55 v. H. der gemeldeten Unfälle handelte es sich um eine Verletzung der Hand oder des Armes. Bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft hat zwar die Zahl der gemeldeten Unfälle etwas abgenommen, dagegen die der entschädigungspflichtigen zugenommen, und zwar von 17,13 auf 17.76 pro 1000 Vollarbeiter. Die Genossenschaft führt das zum Teil darauf zurück, daß bei den vielen älteren, meist schlecht genährten Gelegenheitsarbeitern die Heilung körperlicher Schäden langsamer vorwärts geht als bei vollkräftigen Personen. Bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft vermehrte sich die Zahl der gemeldeten Unfälle von 9,85 auf 10,07 pro 100 Vollarbeitern. Das sind recht hohe Ziffern, die sich aus der Natur des Erwerbszweiges ergeben.

Besonders erwähnenswert ist die starke Zunahme der Unfälle weiblicher und jugendlicher Personen. Bei der Knappschafts-Berufsgenossenschaft stieg die Zahl der verunglückten Arbeiterinnen, die eine Entschädigung erhalten mußten, von 97 im Jahre 1915 auf 247 im Jahre 1916. 14 Arbeiterinnen wurden durch Unfall getötet. Die Berufsgenossenschaft der Bekleidungsindustrie berichtet, daß in den Betrieben, die durch den Aufsichtsbeamten einer Kontrolle unterzogen wurden, 2913 männliche und 8122 weibliche Personen beschädigt wurden. Die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle erhöhte sich von 14,05 v. H. im Jahre 1915 auf 15,09 v. H. im Jahre 1916. Bei der Nahrungsmittel-Berufsgenossenschaft nahm die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle der männlichen Personen von 568 im Jahre 1915 auf 465 im Jahre 1916 ab, dagegen vermehrte sich diejenige der weiblichen von 243 auf 278. Bei der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik vermehrte sich von 1915 zu 1916 die Zahl der entschädigungsberechtigt verunglückten Frauen von 209 auf 492. Die Tiefbau-Berufsgenossenschaft berichtet ebenfalls, daß sich die Zahl der weiblichen Verletzten, für die eine Entschädigung festgesetzt werden mußte, im letzten Jahr mehr wie verdoppelte. Durch ein Massenunglück (ein D-Zug fuhr in eine Gruppe von Arbeiterinnen) wurden 19 Frauen getötet.

Die ausgezahlten Entschädigungsbeträge sind meist — trotz der Abnahme der Zahl der Versicherten — weiter gestiegen. Sie erhöhten sich z. B. von 1915 zu 1916 bei der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft von 5 591 102 auf 6 278 683 M, Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft von 3 572 581 auf 4 002 595 M, Bekleidungsindustrie-Berufsgenossenschaft von 319 051 auf 834 360 M, Knappschafts-Berufsgenossenschaft von 29 794 842 auf 31 551 689 M. Nahrungsmittelindustrie-Berufsgenossenschaft von 938 423 auf 995 489 M, Papier-Verarbeitungs-Berufsgenossenschaft von 647 858 auf 681 725 M, Magdeburgische Baugewerks-Berufsgenossenschaft von 40 211 auf 55 416 M, Berufsgenossenschaft der Molkerei-, Brennerei- und Stärke-Industrie von 607 287 auf 642 432 M usw. Dagegen fehlt es auch nicht an Berufsgenossenschaften, die durch den Krieg so erheblich an Versicherten eingebüßt haben, daß dabei auch die nötigen Entschädigungen zurückgegangen sind. Dazu gehört die Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft, bei der sie sich von 333 287 auf 316 753 M verminderten, die Sächsische Baugewerks-Berufsgenossenschaft, bei der sie von 1 574 392 auf 1 497 516 M zurückgingen usw.

Was die Unfallverhütung anbetrifft, so wird meist darüber geklagt, daß sie eine Einschränkung infolge der Einberufung der technischen Aufsichtsbeamten zum Heeresdienst erfahren mußte. Die Buchdrucker-Berufsgenossenschaft schreibt, daß sie dieserhalb eine völlige Änderung im Aufsichtsdienst

Digitized by Google

eintreten lassen mußte. Sie gelangte zu der Entschließung, die regelmäßige Beaufsichtigung überhaupt einzustellen und nur noch außergewöhnliche Besichtigungen und Sonderbesichtigungen namentlich der durch die Neueinstellungen von Personal am stärksten betroffenen Rotationsbetriebe vorzunehmen. Die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft teilt mit, daß von gemeinsamen Betriebsbesichtigungen des technischen Beirates mit den technischen Aufsichtsbeamten der Sektionen abgesehen werden mußte. Die Ausgaben für die Verhütung von Unfällen fanden einen Rückgang. Die Sächsische Textil-Berufsgenossenschaft hat, um die Unfallverhütungsvorschriften den beteiligten Kreisen mehr und mehr bekannt zu machen, diese den Textil-Fachschulen zugestellt mit dem Ersuchen, auf sie im Unterricht hinzuweisen und auf sie Bezug zu nehmen. Auch sonstiges Lehrmaterial über die Unfallverhütung wurde diesen Schulen zugestellt. Die Westfälische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft teilt mit, daß die nach Kriegsausbruch eingestellten Betriebsrevisionen auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes wieder in vollem Umfange aufgenommen wurden. Bei der Ausführung der Revisionen wurden die durch den Krieg veränderten Betriebsverhältnisse nach Möglichkeit berücksichtigt. Insbesondere wurden ausreichende Fristen zur Beseitigung der festgestellten Mängel bewilligt. Bei der Posenschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft ging die Zahl der besichtigten Betriebe von 9807 im Jahre 1913 auf 2910 im Jahre 1915 zurück, weil die Revisionen nur von einem Beamten ausgeführt werden mußten. Es wurde im Jahre 1916 die Einstellung eines weiteren Beamten vorgenommen. Die Hessen-Nassauische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft teilt mit, daß im Jahre 1915 Betriebsüberwachungen durch die technischen Aufsichtsbeamten wegen Verwendung derselben im Sekretariatsdienst nicht stattgefunden haben. Das Jahr 1916 brachte eine Besserung. Auch das Kreisbauamt habe bei Gelegenheit mit die Beobachtung der landwirtschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften kontrolliert.

Die Verwaltungskosten haben vielfach eine Abnahme erfahren. Sie verminderten sich z. B. auf die versicherte Person von 1915 zu 1916 bei der Südwestdeutschen Eisen-Berufsgenossenschaft von 2,17 auf 1,97 ℳ, Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft von 1,25 auf 1,14 ℳ, Sächsisch-Thüringische Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft von 82 ₰ auf 75 ₰ usw. Bei der Detailhandels-Berufsgenossenschaft wurden 1916 ausgegeben für die Verwaltung 331 770 ℳ, für Unfallentschädigung 451 245 ℳ. — Wie sehr die meist im Zusammenhang mit den Betriebsbesichtigungen vorgenommenen Lohnbuchprüfungen notwendig sind, zeigt die Sächsische Baugewerks-Berufsgenossenschaft, die im Jahre 1916 wiederum Fehlbeträge gegenüber den in den Lohnnachweisen angegebenen Löhnen in Höhe von über 215 000 ℳ feststellte. Diese Prüfungen seien deshalb, obwohl sie von den Unternehmern als arge Belästigung empfunden werde, dringend nötig. — Die See-Berufsgenossenschaft hebt besonders hervor, in welcher Weise sie die Kriegsbeschädigten-Fürsorge förderte. Sie hat wiederholt größere Summen (zusammen gegen 40 000 ℳ) für den Betrieb der besonderen Werkstätten zur Verfügung gestellt, die in den Marinelazaretten geschaffen worden sind und die dazu dienen, Kriegsbeschädigten die Möglichkeit einer weiteren Ausbildung oder einer Umlernung für neue Berufe zu bieten. Die See-Berufsgenossenschaft hat auch die Reichswochenhilfe für Seeleute durchzuführen, worüber sie nähere Aufschlüsse gibt. Der technische Aufsichtsbeamte der Schlesischen Textil-Berufsgenossenschaft besorgte die Berufsberatung von kriegsverletzten Angehörigen der Textilindustrie, zu der sich die Berufsgenossenschaft bereit erklärt hatte. Die Genossenschaft richtete auch eine Textilwerkstätte für Kriegsverletzte ein.

Die äußere Gestalt der Berichte und die Art der Darstellung zeigt wieder die gewohnte bunte Verschiedenartigkeit. Sollte es nicht möglich sein, durch Vereinbarungen (z. B. durch Beschlüsse des Verbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften) hier größere Einheitlichkeit herbeizuführen?

Die Krankenversicherung im Ausschuß für Bevölkerungspolitik.

Der vom Reichstag eingesetzte Ausschuß für Bevölkerungspolitik hat einen „zweiten Teilbericht, betreffend Schutz für Mutter und Kind", herausgegeben. Dieser Bericht berührt auch mehrfach die Krankenversicherung. Der Berichterstatter Dr. Quark legte im Ausschuß dar, daß die Zahl der gegen Gehalt oder Lohn beschäftigten Frauen stark gestiegen sei. Die Zahl der weiblichen Mitglieder der deutschen Ortskrankenkassen, die ungefähr der Zahl der industriell beschäftigten Frauen entspreche, sei auf über vier Millionen gestiegen. Ein Vergleich der Erkrankungsziffer bei den Ortskrankenkassen in der Zeit zu Anfang des Krieges (1. November 1914) und zu Anfang 1917 ergebe starke Zunahmen der Erkrankungsziffern namentlich in den Orten mit großer Metallindustrie und Werftanlagen. Nach der vom Redner vorgelegten Zusammenstellung stieg die Zahl der erwerbsunfähig Kranken (männliche und weibliche) auf 100 Kassenmitglieder in der angegebenen Zeit bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen Berlin von 2,64 auf 3,60, Leipzig von 2,70 auf 3,67, München von 2,39 auf 3,17, Dresden von 1,32 auf 2,30, Frankfurt a. M. von 2,47 auf 3,92, Stuttgart von 2,60 auf 4,07, Nürnberg von 1,94 auf 3,59, Chemnitz von 2,15 auf 3,12, Bremen von 2,32 auf 5,12, Düsseldorf von 2,28 auf 4,13, Mannheim von 2,95 auf 4,03, Stettin von 2,19 auf 4,24, Offenbach von 2,91 auf 3,75, Kassel von 2,50 auf 3,96, Bielefeld von 1,79 auf 3,97. Es könne kein Zweifel bestehen, daß so ungünstige Arbeitsverhältnisse für die arbeitenden Frauen, wie sie jetzt im Kriege eingerissen seien, die Gesundheitsverhältnisse der Mütter des Volkes besonders tief herunterdrückten und damit auch die Aussichten für eine gesündere Bevölkerungsvermehrung ganz wesentlich beeinträchtigen. Beim Arbeiterschutz und der Gewerbehygiene gelte es also kräftig einzugreifen und die Schutzbestimmungen für jugendliche und weibliche Arbeiter den Kriegsverhältnissen entsprechend auszubauen. — In der Aussprache über den Bericht wurde von mehreren Rednern eine stärkere Nutzbarmachung der Krankenkassenstatistik für den vorliegenden Gegenstand gewünscht und bedauert, daß frühere Anträge aus dem Reichstage, die in der gleichen Richtung sich bewegten, zu wenig Beachtung bei der Regierung gefunden hätten.

Hierauf erwiderte ein Vertreter des Kaiserlichen Arbeitung der Krankenkassenstatistik nichts zu tun habe. Gegen die vorgebrachten Zahlen bestünden doch Bedenken. Wenn man statistische Vergleiche anstellen will, so ist für solche nach der statistischen Wissenschaft die Einhaltung der gleichen Verhältnisse eine uner-

Digitized by Google

läßliche Vorbedingung. Dies ist bei den vorliegenden Zahlenangaben nicht beobachtet worden. Ein Vergleich der Erkrankungshäufigkeit zu verschiedenen Jahreszeiten würde nur dann angängig sein, wenn anzunehmen wäre, daß hier keine Unterschiede vorhanden und die Ziffern keinem Wechsel unterworfen wären. Nach den Ergebnissen statistischer Untersuchungen ist es aber als erwiesen anzusehen, daß gerade das Gegenteil zutrifft. Die Erkrankungshäufigkeit pflegt, wie beispielsweise auch die Statistik der preußischen Armee zeigt, im allgemeinen im Januar-Februar ihren Gipfel zu haben. Es hängt dies wohl mit den klimatischen Verhältnissen zusammen. Die auf den 1. Februar 1917 sich beziehenden Zahlen dürften daher als Maximalzahlen anzusehen sein. Sodann ist einzuwenden, daß die Menschenmasse, auf welche sich die ermittelten Krankheitsfälle beziehen, zu den beiden Zeiten ganz verschiedenartig zusammengesetzt war. Es ist anzunehmen, daß am 1. November 1914, drei Monate nach Beginn des Krieges, die Kassen zu ihren Mitgliedern noch sehr Gesundheitsamtes, daß dieses Amt mit der Besetzes vom 28. Februar 1888 4. August 1914 in der viel männliche Personen zählten, die am 1. Februar 1917 durch weibliche Personen, welche bekanntermaßen immer eine höhere Erkrankungsziffer aufweisen, sowie durch ältere und kränkliche Männer ersetzt waren. Der Zahlenunterschied darf daher nicht als Maßstab für eine inzwischen etwa eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge der Arbeitsverhältnisse und anderer Umstände in der Kriegszeit angesehen werden.

Ein anderer Redner hob hervor, daß, da die Fabrikarbeit für Frauen nicht gesetzlich verboten werden könne, auf eine möglichste Begrenzung der Arbeitszeit hingewirkt werden müsse. Die 1½ stündige Mittagspause, die jetzt nur auf Antrag gegeben werde und sonst bloß eine Stunde betrage, müsse allgemein gewährt werden. Eine besondere Sorge sei, daß die Wöchnerin nicht zu früh wieder eintrete, und daß der Säugling regelmäßig von der Mutter genährt werde. Während der Kriegszeit könne man wohl einer Festsetzung der Arbeitszeit auf 8 Stunden für den ununterbrochenen Betrieb zustimmen. — Nach längerer Aussprache einigte man sich auf eine Entschließung, die eine Reihe von Schutzmaßnahmen vorsieht, wie z. B. bei regelmäßigem Tag- und Nachtbetrieb die Achtstundenschicht, völlige Ruhezeit an jedem zweiten Sonntag, Wiederherstellung der berufsgenossenschaftlichen Unfallaufsicht so scharf als möglich usw. Unter anderem heißt es:

„Wöchnerinnenschutz während zehn Wochen, von denen bis zu drei Wochen vor der Niederkunft liegen können, unter entsprechender Ausdehnung der Reichswochenhilfe."

Im weiteren Verlauf der Verhandlungen wird noch ein Antrag angenommen, welcher durch Einwirkung auf die Bundesregierungen ein einheitliches und durchgreifendes Vorgehen aller beteiligten Verwaltungsbehörden verlangt in der Schaffung, Ausdehnung und besseren finanziellen Ausstattung der Beratungsstellen für Säuglingsfürsorge, für Schulkinderpflege und für Kinderhortwesen, im Ausbau und in der Beaufsichtigung der Kindergrippen, Kindergärten und Schulhorte, sowie in der Ausgestaltung des Aufsichtswesens für Privatpflegestellen, wie es der gesteigerten Inanspruchnahme der Mütter für Frauenarbeit während des Krieges entspricht. Schließlich beschäftigte sich der Ausschuß noch mit der Ausgestaltung des Schutzes der unehelichen Kinder. Die wichtigste Forderung ist hierbei, daß die der Erziehung und wirtschaftlichen Lage des unehelichen Kindes aus der Eintede des Mehrverkehrs entstehenden Nachteile zu beseitigen sind, daß bei der Bemessung der Unterhaltspflicht der Stand des Vaters zu berücksichtigen ist usw.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft erbeten, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor. — Dringend bitten wir, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die „Arbeiter-Versorgung" nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird.

Gehaltserhöhung mit Rückwirkung beeinflußt nicht die Höhe der Beiträge und Leistungen für die Vergangenheit.

1. Nach Düsseldorf. Antwort: Bei der Feststellung der für die Kassenleistungen und Beiträge maßgebenden Lohnstufe kommen nur die gegenwärtigen Verhältnisse in Betracht, so daß eine mit Rückwirkung auf einen früheren Zeitpunkt bewilligte Gehaltszulage nur die künftigen Ansprüche auf Leistungen und Beiträge beeinflussen kann, die bereits vor der Bewilligung fällig gewordenen Ansprüche aber unberührt läßt (Hahn in ArbVers. 1907 S. 655, MonBl. für ArbVersichg. 1910 S. 104). Die Bestimmung Ihrer Satzung, daß bei Lohnänderungen die Lohnstufe sich erst bei der nächsten Beitragszahlung ändert (§ 318 Abs. 3 RVO.), ist daher auch bei solchen Gehaltserhöhungen zur Geltung zu bringen, die mit Rückwirkung bewilligt sind.

Bedeutung der Vorschrift in § 419 RVO., daß die Befreiung nur für die Dauer des Arbeitsvertrages gilt.

2. Nach Recklinghausen. Antwort: Ihre Fragen sind in beiden Fällen von demselben Rechtsirrtum beherrscht und erledigen sich mit dessen Widerlegung. Nach § 418 Abs. 2 Ziff. 3 RVO. ist der Befreiungsantrag für sämtliche Beschäftigte zu stellen, soweit sie durch Vertrag zur regelmäßigen Arbeit für mindestens zwei Wochen verpflichtet sind. Nur darüber, ob mindestens diese Dauer des Vertrages bedungen ist, muß sich die Kasse, ehe sie die Befreiung bewilligt, vergewissern. Darüber hinaus hat sie kein Recht und kein Interesse nach der voraussichtlichen Dauer des Arbeitsvertrages, die bei der Stellung des Befreiungsantrages noch gar nicht festzustehen braucht, zu fragen. Daß nach § 419 die Befreiung nur für die Dauer des Arbeitsver-

Digitized by Google

trages gilt, besagt nicht, daß der Vertrag für eine bestimmte Zeit geschlossen sein muß oder daß die Befreiung, wenn der Vertrag für eine bestimmte Zeit geschlossen ist, mit Ablauf dieser Zeit hinfällig wird. Wenn der Vertrag über die zunächst vereinbarte Zeit hinaus ohne Änderung der Bedingungen verlängert wird, so bedeutet das nichts anderes, als daß der Arbeitsvertrag, auf den der Antrag und die Bewilligung sich bezog, und folglich auch die Befreiung fortdauert. Nur wenn im übrigen die Vertragsbedingungen — abgesehen von der Vertragsdauer — geändert werden, liegt ein neuer Vertrag vor, so daß eine Erneuerung des Antrags aus § 418 notwendig ist, um die Kasse in die Lage zu versetzen, zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Befreiung auch nach dem neuen Vertrage gegeben sind. Die Kasse ist also im Unrecht, wenn sie meint, in jedem Falle nach Ablauf der zunächst bedungenen Geltungsdauer oder nach Ablauf der Zeit, für welche vertragsmäßig gekündigt worden ist, die Beiträge fordern zu können, auch wenn die Beteiligten sich vor diesem Zeitablauf über die unveränderte Fortsetzung des Vertrages verständigt haben. Ebenso unbegründet ist es aber selbstverständlich, wenn in solchem Falle der Arbeitgeber geltend macht, daß die Befreiung mit Ablauf jener Zeit hinfällig geworden sei, obwohl er doch das Vertragsverhältnis unverändert weiter fortgesetzt und auch den Arbeiter oder Dienstboten nicht abgemeldet hat.

Zur Unterscheidung zwischen ärztlicher Behandlung und Heilmitteln bei Gesamtkuren.

3. **Nach Limburg (Lahn).** Frage: Wir haben mit dem Spezialinstitute eines Arztes für Medico-Mechanik, Orthopädie und physikalische Therapie vertragliche Vereinbarung über die Bereitstellung des Instituts zur Behandlung und Kur unserer Mitglieder getroffen. In der Hauptsache kamen bisher für uns Lichtbehandlung (künstliche Höhensonne, Quarzlampe), Badekuren (Sauerstoff-, Licht-, elektrische und Dampfbäder) und orthopädisches Turnen in Betracht. Die Kuren werden von dem Inhaber des Instituts verordnet und von ihm oder seinen Gehilfen (geschultes Personal und Krankenschwestern) überwacht, die Patienten sind indes vielfach bzw. meistens an der Ausübung ihrer Berufstätigkeit nicht verhindert; sie machen die Kur während ihrer freien Zeit durch. Fallen derartige Kuren unter den Begriff „ärztliche Behandlung" oder „Heilmittel"? Hat die Kasse, falls die Kuren als Heilmittelgewährung anzusehen sind, bei kombinierten Kuren (ein- und derselben Krankheit), z. B. bei gleichzeitigen Höhensonnenbestrahlungen und Sauerstoff- oder ähnlichen Bädern für jedes dieser Heilmittel je bis zu 20 ℳ aufzuwenden oder diesen Betrag nur einmalig zu den gesamten Kosten beider Heilmittel zusammen als Zuschuß nach Maßgabe unserer Satzung zu gewähren?

Antwort: In allen diesen Fällen handelt es sich um eine wesentliche, auf den Heilerfolg gerichtete persönliche Tätigkeit des Arztes, der die Kur verordnet und die Anwendung der von ihm bereitgestellten sächlichen Mittel, sei es persönlich oder durch Vermittlung des von ihm mit Anweisungen versehenen geschulten Hilfspersonals, überwacht. Insoweit liegt jedenfalls ärztliche Behandlung vor, und es kann sich nur fragen, ob außerdem auch Heilmittelgewährung vorliegt, so daß festzustellen wäre, welcher Anteil von den Gesamtkosten auf das sächliche entfällt und besonderer Beurteilung unterliegt; zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5a zu § 182 RVO. Das RVA. hat angenommen, daß bei Röntgenbestrahlung der stoffliche Wert des angewandten Mittels gegenüber der ärztlichen Tätigkeit so sehr zurücktritt, daß die Bestrahlung (lediglich) als ärztliche Behandlung anzusehen ist (ArbVers. 1916 S. 567, auch S. 839 Ziff. 5). Das gleiche wird dann wohl auch bei den anderen Lichtbehandlungen und ebenso beim orthopädischen Turnen anzunehmen sein. Bei den Bädern kann eine andere Beurteilung eher in Frage kommen, da der Aufwand für chemische Stoffe, elektrische Kraft, Heizung (des Dampfbades) usw. nicht unerheblich sein dürfte und hier doch wohl die Überwachung eine geringere Rolle spielt als die Hergabe der Einrichtung und der Stoffe. Nötigenfalls müßte diese Frage für die verschiedenen Arten von Bädern durch sachverständige Gutachten geklärt werden. — Der Höchstbetrag für kleinere und der Zuschuß für größere Heilmittel (§ 195 Abs. 1 RVO.) beziehen sich, wenn verschiedene Heilmittel, sei es nacheinander oder nebeneinander notwendig werden, nicht auf den Gesamtaufwand, sondern auf jedes einzelne Mittel (Hahn, Anm. 5b zu § 182). Der Zuschuß ist also für jedes Mittel besonders zu zahlen.

a) Abhilfe gegen Belastung der Kasse durch Halbinvalide? b) Verlust des Ehrenamts durch Annahme einer besoldeten Stelle bei der Kasse.

4. **Nach Enpen.** Fragen: a) Durch das Hilfsdienstgesetz und infolge des allgemeinen Arbeitermangels haben manche an regelmäßige Tätigkeit nicht mehr gewohnte Personen sowie Invalidenrentner wieder versicherungspflichtige Beschäftigung übernehmen müssen. Dieselben arbeiten einige Wochen oder Monate unter Anspannung ihrer geringen Kräfte gegen einen verhältnismäßig hohen Lohn, werden dann vielfach krank und fallen für 26 Wochen der Kasse zur Last. Diese Mitglieder haben bei dem hohen Krankengeld wenig Interesse daran, möglichst bald die Arbeit wieder aufzunehmen und der Arzt hält davor zurück, diese Patienten wieder erwerbsfähig zu schreiben, weil tatsächlich das eine oder andere Leiden vorliegt, das freilich auch vor der Übernahme der Arbeit bestand. Welche Mittel gibt es, die Kasse vor dieser finanziellen Belastung zu schützen?

b) Ein Vorstandsmitglied hat das Einsammeln der Kassenbeiträge sowie die Besorgung von Botengängen bei der Kasse gegen eine jährliche Vergütung von 500 ℳ übernommen. Dasselbe braucht für diese Tätigkeit durchschnittlich 8—14 Tage pro Monat. Geht dieses Mitglied dadurch seines Vorstandsmandats gemäß § 21 Abs. 4 RVO. verlustig?

Antwort: a) Das Gesetz gibt kein Mittel. Nur der Gesetzgeber könnte helfen. Zu vgl. Swolinzky in ArbVers. 1917 Heft 20 S. 669 ff.

b) Ja! ArbVers. 1917 Heft 12 S. 287 Ziff. 4.

Beschäftigungsort eines Dienstboten usw. bei Übersiedelung der Familie.

5. **Nach Grünberg.** Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei. Beschäftigungsort ist nach § 153 Abs. 1 RVO. der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Von dieser Regel gelten allerdings Ausnahmen. Insbesondere gilt für Versicherte, die an einer festen Arbeitsstätte (Betriebs- oder Dienststätte) beschäftigt werden, diese als Beschäftigungsort auch, während sie außerhalb für den Arbeitgeber einzelne Arbeiten von geringer Dauer

Digitized by Google

ausführen (§ 153 Abs. 2). Das kann auch zutreffen bei Dienstboten und anderen Privatbediensteten, die im Auftrage des Arbeitgebers oder mit ihm oder seiner Familie reisen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3c zu § 153 RVO.). Dabei ist aber vorauszusetzen, daß die feste Arbeitsstätte, an der der Dienstbote, oder im vorliegenden Falle die „Stütze", sonst beschäftigt wurde, fortbesteht. Daran fehlt es hier, wie wir aus dem Akteninhalt entnehmen. Denn der Arbeitgeber hatte sein Gut verkauft und war aus dem Bezirke Ihrer Kasse verzogen. Wie aus den Angaben der anderen Kasse (3.) zu entnehmen ist, hat er ein anderes Gut gekauft und in der Zwischenzeit sich mit seiner Familie über zwei Monate in dem Bezirke dieser anderen Kasse bei seiner Schwiegermutter besuchsweise aufgehalten und mit ihr „einen gemeinschaftlichen Haushalt geführt". Dadurch ist dort ein neuer Beschäftigungsort auch für die „Stütze" begründet worden. Jedenfalls aber war der Beschäftigungsort im Bezirk Ihrer Kasse mit dem Wegzuge des Gutsbesitzers aufgegeben worden.

Anmeldung von Kassenbeamten im Nebenamt mit Ruhegehalt usw.

6. OKK. in N. Antwort. Gesetzlich steht nichts entgegen, daß mit Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge angestellte Gemeindebeamte, die nebenamtlich bei einer Krankenkasse beschäftigt sind, auch von dieser gemäß § 359 Abs. 1 RVO. angestellt werden. Kassen, bei denen eine solche Regelung getroffen ist, sind uns nicht bekannt. Über Ruhegehaltsversicherung von Kassenangestellten durch die Kasse selbst verweisen wir auf unsere Mitteilung im Heft 34 S. 783.

Teilnahme der Krankenkasse an der Unfalluntersuchung.

7. Nach S. Antwort: Die Kasse kann nach § 1562 RVO. an der Unfalluntersuchung „teilnehmen oder sich dabei vertreten lassen". Der Vertreter bedarf einer Vollmacht. Sie ist vom Vorstande, als der gesetzlichen Vertretung der Kasse (§ 5 Abs. 1 RVO.), zu erteilen, wenn nicht ein einzelnes Mitglied, insbesondere der Vorsitzende, zur Vertretung ermächtigt ist (§ 5 Abs. 3). Davon verschieden ist die Frage, wer die Vollmacht zu unterschreiben hat. Das ist eine Frage der inneren Geschäftsordnung. Wenn der Vorstand seinen Vorsitzenden ermächtigt, Schriftstücke bestimmter Art zu vollziehen und der Vorsitzende dies dadurch zum Ausdruck bringt, daß er „namens des Vorstandes" unterschreibt, so ist damit bezeugt, daß die Entschließung (die Erteilung der Vollmacht) vom Vorstand ausgeht. Eine solche Vollmacht wird man der Regel nach gelten lassen müssen. — Das Recht zur Teilnahme an der Untersuchung erschöpft sich keineswegs in der Befugnis zugegen zu sein. Aus § 1563 Abs. 4 ergibt sich, daß die Beteiligten an den Verhandlungen teilnehmen, also auch durch Fragen an Zeugen usw. auf erschöpfende Klarstellung hinwirken dürfen. — Das Recht des Vertreters der Kasse, Einsicht in die aufgenommenen Verhandlungen zu verlangen, folgt zweifelsfrei aus § 115. — Die Kasse ist vom Zeitpunkt der Untersuchung „rechtzeitig" zu benachrichtigen (§. 1563) d. h. so früh, daß sie ihr Teilnahmerecht ausüben kann. Die Untersuchung selbst ist „so bald als möglich" vorzunehmen (§ 1559). Wenn sie ohne Not bis nach Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall verzögert, so ist das besonders bedenklich, schon weil es der Kasse die Möglichkeit nimmt, auf Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft hinzuwirken (§§ 580, 600). — Verstößt die Polizeibehörde gegen die ihr hiernach obliegenden Verpflichtungen, so empfiehlt sich, Beschwerde im Aufsichtswege zu erheben.

Zur Krankenversicherung der Zivilgefangenen.

8. Nach H. Antwort: Wir verneinen die Versicherungspflicht der in Frage stehenden Zivilgefangenen, in Übereinstimmung mit Ihnen im Anschluß an die Ausführungen des Kriegsamts, ArbVers. 1917 Heft 29 S. 684. Danach unterstehen Zivilgefangene, auch wenn sie freiwillig ein Arbeitsverhältnis eingehen, solange nicht der Krankenversicherung, als sie noch der Gewalt eines Gefangenenlagers unterworfen sind. Sie stehen aus militärischen Gründen unter militärischer Gewalt; es handelt sich meist um Personen, die noch militärpflichtig sind und daher, falls sie würden freigelassen werden, von ihrem Staate gegen uns militärisch verwendet werden könnten. Von ihnen zu unterscheiden sind jene feindlichen Staatsangehörigen, die ohne gleich Gefangenen behandelt zu werden, doch aus politischen und sicherheitspolitischen Rücksichten durch behördliche Anordnung in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt sind. Auch sie können zwar nicht als freie Arbeiter betrachtet werden. Doch sind sie den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung dann unterstellt, wenn sie bereits seit Beginn des Krieges sich in Deutschland befinden (Bekanntmachung v. 2. November 1916 in ArbVers. 1916 S. 793). Soweit sie aber erst nach Beginn des Krieges nach Deutschland gekommen sind, unterstehen auch sie nicht der Krankenversicherung. Nach dem Gesagten besteht in dem geschilderten Falle keine Versicherungspflicht.

Zum Recht früherer Kriegsteilnehmer auf freiwillige Mitgliedschaft.

9. Nach Wurzen. Antwort: §. 3 Ges. vom 4. August 1914, betreffend Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (ArbVers. 1914 S. 567) und § 1 Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges (ArbVers. 1915 S. 104) sollen Versicherungsberechtigte dagegen schützen, daß sie infolge des Eintritts in den Kriegsdienst ihr Recht zur freiwilligen Versicherung verlieren. Daher wird man annehmen müssen, daß diese Vorschriften dann keine Anwendung finden, wenn jemand bereits längere Zeit vor seinem Eintritt in den Kriegsdienst oder vor dem Kriege es unterlassen hat, sein Recht zu gebrauchen; denn dann ist für dessen Verlust die Kriegsteilnehmerschaft in keiner Weise ursächlich. Daher kann jemand, der jetzt aus dem Heere als Invalide entlassen ist, nicht wieder als freiwilliges Mitglied gemäß den erwähnten Vorschriften in die Krankenversicherung eintreten, wenn er bereits im Herbst 1913 freiwillig in den Heeresdienst eintrat und damals aus der Kasse ausschied. Damals war er sehr wohl in der Lage, die Mitgliedschaft freiwillig fortzusetzen. (Vgl. auch Schelhorn in ArbVers. 1916 S. 533.)

Für die Schriftleitung verantwortlich: Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde. — Druck von W. Moeser in Berlin S. 14

Digitized by Google

Heft 1192 der ganzen Folge

Jährlich 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats erscheinen und mit Titel und Register einen geschlossenen Band bilden. Jahrespreis 20 M. beim Verlag, Halbjahrspreis bei allen Postanstalten 10 M. ausschließl. Bestellgeld. (Postzeitungsliste für 1917 Seite 37). Einzelhefte 75 Pf. Anzeigenpreis die vierspaltige Kleinzeile oder deren Raum 50 Pf.

Die Arbeiter-Versorgung

„Dem Schutz und der Würde der Arbeit."

Älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Beckmann, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; Geh. Justizrat Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher u. a. m.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64

Postscheck-Verkehr: Nr. 21190 Amt Berlin. Fernsprecher: Nr. 639 Amt Lichterfelde

34. Jahrgang | 1. Dezember 1917 | Heft 34

Inhalt:

Abhandlungen:

Die Haftung der Krankenkassen für die Kosten der Zwangsheilung geschlechtskranker Mitglieder. Von Landgerichtsrat Dr. Eck in Berlin-Lichterfelde 769

Entgegnung. Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin) 774

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung:

A. Zur Krankenversicherung:

Kein Anspruch der Wöchnerin aus § 214 RVO., wenn nur normale Schwangerschaftsbeschwerden in der Dreiwochenfrist eingetreten sind 778

Kassenzugehörigkeit bei verschiedenen gleichzeitigen Arbeitsverhältnissen 778

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite.)

Rückkauf von Heften der „Arbeiter-Versorgung".

Zur Vervollständigung unserer Bestände, die durch zahlreiche Nachbestellungen gelichtet sind, kaufen wir zunächst die nachstehenden Hefte der „Arbeiter-Versorgung" zurück:

1884 / Heft 3, 7, 17, 20. 1885 / 9, 12. 1886 / 9. 1887 / 1. 1890 / 11. 1891 / Register. 1894 / 26. 1895 / 5, 14. 1896 / 1. 1897 / 19. 1900 / 7, 9, 15, 34. 1901 / 23. 1902 / 34. 1903 / 24. 1904 / 4, 7. 1905 / 16. 1906 / 14, 27. 1912 / 11. 1913 / 4, 19. 1914 / 2.

Baldige Zusendung in sorgfältiger Verpackung mit starker Pappumhüllung erbeten. Nach Eingang wird eine Reihe rückständiger Bestellungen der gesamten Jahrgangsfolge erledigt werden können.

Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung".

Digitized by Google

Prüfung der Kassenbestände gehört nicht zu den Aufgaben eines Ausschusses 779
Die Kasse kann Meldungen zurückweisen, für die nicht der durch Satzung vorgeschriebene Vordruck benutzt ist 779

B. Zur Unfallversicherung:

Bekanntmachung über die Unfallversicherung der Betriebsbeamten 780
Ein Arbeiter, der vorübergehend in einem Betriebe tätig wird, worin sonst Arbeiter nicht beschäftigt werden, ist gegen Unfall versichert 781

Sprechsaal:

Der Rechtsanwalt und die Sozialversicherung 781

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen:

Allgemeine Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen 783
Kriegstagung des Betriebskrankenkassenverbandes 784
Berechnung der Beiträge und Prämien zur Unfallversicherung bei Beschäftigung von Kriegsgefangenen . . 784

Beantwortung von Anfragen:

Gebühr des Arztes für Nachtbesuche 785
Bezahlung der Apothekerrechnung gegen Herausgabe der Rezepte an der Zahlstelle der Krankenkasse . . . 785
Übertragung von Befugnissen des Vorsitzenden auf den Geschäftsleiter 785
Tod infolge „derselben Krankheit" im Sinne des § 202 RVO. 785
Anwendung des § 214 RVO. auf einen zurückgekehrten Kriegsteilnehmer 785
Kosten der Überführung des Versicherten von einem Krankenhause in eine Irrenanstalt 786
Wem steht das Sterbegeld beim Tode eines Angehörigen zu? 786
Hausgeld (§ 186 RVO.) ist nur für die Tage zu zahlen, für die sonst Krankengeld zu zahlen sein würde 786
Weiterversicherung eines in Polen auf militärischen Befehl bei Wegebauarbeiten Beschäftigten 786
Künstliches Auge als Heil- oder Hilfsmittel 786
Neuer Versicherungsfall? 787
Kommandierte Soldaten sind nicht krankenversicherungsberechtigt 787
Gebühr bei wiederholten ärztlichen Verrichtungen; Begriff der „Operation"; besondere Gebühr für Nachbehandlung 787
Gewährung kostspieliger Kuren im Rahmen der Krankenhauspflege 787
Kosten des Unterhalts eines Brustkindes, das mit der Mutter im Krankenhause verpflegt wird; Stillgeld? 788
Kosten der vom Versicherungsamt für mehrere Kassen errichteten gemeinsamen Melde- und Zahlstellen . . 788
Anspruch auf Krankengeld bei einem Heilverfahren der Reichsversicherungsanstalt 788
Pfändung des der Witwe eines verstorbeen Kassenmitgliedes zukommenden Sterbegeldes 788

Die Anzeigen-Annahme der vier Tage vor Erscheinen

Stellen-Anzeigen

„Arbeiter-Versorgung" wird jedes Heftes abgeschlossen.

Rendant u. stellv. Geschäftsführer,

28 Jahre alt, militärfrei, der mit der sozialen Gesetzgebung und dem Kassen- und Rechnungswesen vollkommen vertraut ist, **sucht** für sofort oder später **leitende Stellung** bei einer Krankenkasse. Beste Zeugnisse vorhanden. [951]

Anerbieten befördert unter **R. P. № 6865** die Kanzlei der **„Arbeiter-Versorgung"** in **Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.**

Junger Mann,

31 Jahre alt, seit 8 Jahren in Krankenhäusern als Pfleger tätig, sucht sofort oder später Stelle als Kassenbote oder Krankenbesucher bei einer Krankenkasse. Bei den Operationen war ich stets behilflich, auch habe ich die Röntgenaufnahmen selbständig ausgeführt. [959]

Gute Zeugnisse und Empfehlungen stehen mir zur Verfügung. Ich lege Wert auf eine Lebensstellung. (Bin arbeitsverwendungsfähig für den Beruf.)

Gefl. Angebote erbeten unter **H. B. № 7109** an die **Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde.**

Kassengehilfe,

18 Jahre alt, z. u., seit 3 1/2 Jahren in einer 15 000 Mitglieder starken Ortskrankenkasse tätig und mit allen einschlägigen Arbeiten der RVO. vertraut, **wünscht sich zu verändern.** [958]

Gefl. Anerbieten an die **Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung"** in **Berlin-Lichterfelde** unter **R. L. № 7049** erbeten.

Junger, militärfreier Mann,

27 Jahre alt, 4 Jahre bei einer Ortskrankenkasse, z. Zt. als Kassenführer tätig, sucht wegen Auflösung der Kasse anderweitig zum 1. Januar 1918 oder früher Stellung. [955]

Suchender ist mit der sozialen Gesetzgebung und mit den Bundesratsverordnungen vollständig vertraut.

Gefl. Angebote unter **K. G. 6919** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung", Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, erbeten.

(Fortsetzung der Stellen-Anzeigen auf der nächsten Umschlagseite.)

Digitized by Google

Für unsere Nebenstelle im Leunawerk Kreis Merseburg wird für sofort ein [944]

jüngerer Expedient,

unter Umständen Kriegsbeschädigter gesucht. Derselbe muß gründliche Kenntnisse im Kranken-, Melde- als auch Quittungskartenwesen und im Personal- und Krankenkartensystem Erfahrung haben.

Anerbieten mit Gehaltsansprüchen und Zeugnisabschriften sowie Angabe der Militärverhältnisse erbeten an die Hauptstelle der

Allgem. Ortskrankenkasse Lützen.

Wegen der zu erwartenden Einziehung des

Kassierers

zum Heeresdienst wird für unsere etwa 10 000 Mitglieder zählende Kasse ein geeigneter [957]

militärfr. Stellvertreter

für die Dauer seiner Abwesenheit gesucht. Derselbe muß umfassende Kenntnisse im Kassenwesen sowie in den verschiedenen Zweigen der sozialen Gesetzgebung haben, um den Geschäftsführer nötigenfalls vertreten zu können.

Gesuche mit Lebenslauf, Gehaltsansprüchen und Angabe des Diensteintritts erbeten an die

Allgemeine Ortskrankenkasse des Kreises Hirschberg (Schlesien) in Warmbrunn.

Die 7000 Mitglieder zählende **Allgemeine Ortskrankenkasse zu Hagen (Westf.)** sucht zum 1. Januar 1918 einen [934]

zweiten Angestellten.

Bewerber müssen militärfrei, mit dem Kassen- und Rechnungswesen sowie mit der sozialen Gesetzgebung vollkommen vertraut sein. Anstellung nach sechsmonatlicher Probezeit nach der Dienstordnung. Außer dem Gehalt werden Teuerungszulagen nach staatlichen Grundsätzen gewährt.

Meldungen mit ausführlichem Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Angabe der Gehaltsansprüche sind zu richten an den **Vorsitzenden der Kasse**

Architekt C. Post, Hagen (Westf.), Franzstr. 51.

Von der unterzeichneten Kasse wird zum sofortigen Antritt ein in der Reichsversicherungsordnung bewanderter

jüng. Bürogehilfe

gesucht. [953]

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Gehaltsansprüchen sind zu richten an den

Vorstand der Krankenkasse der Gastwirte-Innung zu Leipzig.

Zwei junge Leute,

bereits mehrere Jahre bei mittlerer Land- und Ortskrankenkasse tätig, [950]

suchen Stellung.

Angebote befördert unter **K. O. K. № 6827** die Kanzlei der **„Arbeiter-Versorgung"** in **Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.**

Wir suchen zum sofortigen Antritt einen

erfahrenen Kassenbeamten,

welcher im An- und Abmeldedienst bewandert ist. Meldung mit Gehaltsansprüchen sind schriftlich bei der unterzeichneten Kasse einzureichen. [949]

Allgemeine Ortskrankenkasse, Eberswalde.

Wegen möglicher Einberufung unseres Geschäftsführers zum Heeresdienst wird für die Dauer seiner Abwesenheit ein

gänzlich militärfreier

Stellvertreter

gesucht. Bewerber müssen mit der sozialen Gesetzgebung sowie mit den Bundesratsverordnungen über Kriegswochenhilfe durchaus vertraut sein, umfassende Kenntnisse in der Kassen- und Rechnungsführung besitzen und möglichst eine gleiche selbständige Stelle bereits versehen haben. Gesetzeskundige Hilfskräfte stehen nicht zur Verfügung. Außerdem muß Sicherheit gestellt werden. [947]

Kautionsfähige Bewerber wollen ihre Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und einem polizeilichen Führungszeugnis unter Angabe der Gehaltsansprüche und Höhe der Kaution umgehend nach hier einsenden.

Allgemeine Ortskrankenkasse Kray-Leithe zu Kray.

Wegen möglicher Einberufung unseres **Rendanten** und **Geschäftsführers** zum Heeresdienst wird für die Dauer seiner Abwesenheit ein gänzlich [954]

militärfreier Vertreter

gesucht.

Bewerber müssen mit dem Kassen- und Rechnungswesen, sowie mit der sozialen Gesetzgebung und den ergangenen Bundesratsverordnungen vollkommen vertraut und auch befähigt sein, eine Kasse mit großem Landbezirk selbständig zu leiten. Eine größere Sicherheit muß gestellt werden. Bewerbungen werden mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften unter Angabe der Gehaltsansprüche erbeten.

Allgemeine Ortskrankenkasse des Bezirks Penzig, Penzig O.-L.

Digitized by Google

Soeben erschien und wird allen Kassen und deren Beamten zur Anschaffung empfohlen:

Die rechtliche Stellung der Beamten und Angestellten der Versicherungsträger.

Nach deutschem Sozialversicherungsrecht dargestellt

von

Dr. jur. Kurt Werthauer.

Aus dem Inhalt:

Die verschiedene Gestaltung des Dienstrechts der einzelnen Versicherungsträger der deutschen Sozialversicherung.

Allgemeiner Teil.

Der Begriff des Staatsbeamten nach preußischem Recht.

Der Begriff des mittelbaren Staatsdienstes.

Der mittelbare Staatsdienst als Dienst eines dem Staate untergeordneten Verbandes.
Die Unterstellung unter die Dienstgewalt des Staates als Kennzeichen des mittelbaren Staatsdienstes.
Die Form der Unterstellung unter die Dienstgewalt des Staates.
Insbesondere die Übertragung der Rechte und Pflichten der Beamten.

Besonderer Teil.

I. Die Beamten der Versicherungsträger.

Die beamteten Vorstandsmitglieder der Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung.
Das Bureaupersonal der Versicherungsanstalten.
Die Beamten der Krankenkassen.
Die Beamten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.
Die Folgen der Beamteneigenschaft für die Beamten der Versicherungsträger.

II. Die Angestellten der Versicherungsträger.

Anmerkungen. — Literaturübersicht.

„Eine umsichtige, auf sorgsamer Prüfung und Verwertung der Literatur und Rechtsprechung beruhende Erörterung über den Begriff des Staatsbeamten überhaupt und des mittelbaren Staatsbeamten im besonderen legt den Grund für eine theoretisch sichere und praktisch fruchtbare Erfassung und Beurteilung der Rechtsstellung der Beamten der Landesversicherungsanstalten, der Krankenkassen und der Beamten der Versicherungsanstalt für Angestellte, sowie der nicht zu den Beamten gehörenden Angestellten der Versicherungsträger." Geh. Justizrat Hahn in der „Arbeiter-Versorgung" 1917 S. 406.

Preis 1 M. 50 Pfg. Baldige unmittelbare Bestellung an uns erbeten, da die Auflage wegen Papiermangels beschränkt werden mußte. Zur Vereinfachung des Schreibwerks empfiehlt sich Einzahlung des entfallenden Betrages (Postgebühr 5 Pfg. das Stück) auf unser Postscheck-Konto Berlin 21 190.

Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. **Verlag der „Arbeiter-Versorgung".**

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google